

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1955

THÈSE ^{N°} 705

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Arlette LEBEL-PAULIN

née le 10 Mai 1912, à SAINT-DENIS (Ile de la Réunion)

Présentée et soutenue publiquement le 1955

L'INÉGALITÉ

DEVANT LA MALADIE & LA MORT

étudiée à propos de la Tuberculose Pulmonaire

(Contribution à une étude de Médecine Sociale).

Président : Professeur M. C. JOANNON

F A C U L T E D E M E D E C I N E D E P A R I S

Année 1955

N°

T H E S E

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

L E B E L - P A U L I N Arlette
née le 10 Mai 1912 à SAINT-DENIS (Ile de la Réunion)

Présentée et soutenue publiquement le

L'INÉGALITÉ DEVANT LA MALADIE ET LA MORT
Etudiée à propos de la Tuberculose Pulmonaire

(Contribution à une étude de
Médecine Sociale)

Président :

M. le Professeur C. JOANNON



DOYEN HONORAIRE :

M. Baudoin

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Baudoin, Brindeau, Cadenat, Carnot, Chabrol, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Gougerot (H.), Guillaïn, Harvier, Laubry, Lemaitre, Lemierre, Lhermitte, Lian, Looper, Marion, Mathieu, Mocquot, Mulon, Olivier, Ombrédanne, Samié, Sézary, Tanon.

DOYEN Léon BINET, Membre de l'Institut

ASSESEUR Jean VERNE

I. PROFESSEURS

Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Bactériologie	GASTINEL (P.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	CHAILLET-BERT (P.)
Bidogie médicale	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale..	HUGUENIN (R.)
Carcinologie	OBERLIN (C.)
(Hotel Dieu	BROCQ (P.)
Cliniques Chirurgicales (Broussais..	DE GAUDART-D'ALLAINES
(Salpêtrière	MONDOR (H.)
(Cochin.....	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de cardiologie	DONZÉLOT (E.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire	MONOT (R.)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (T.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de puericulture.....	LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)

III.

Cliniques médicales...	(Hotel Dieu...	BENARD (H.)
	) Bichat.....	LAROCHE (G.)
	(Cochin.....	MOOREAU (R.)
	) Broussais ...	DE GENNES (L.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique		JUSTIN-BESANCON (P.)
Clinique médicale propédeutique.....		PASTEUR-VALLERY-RADOT
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition		BOULIN (R.)
	(Tarnier ...	LANTUEJOUL (P.)
Cliniques obstétricales	) Baudelocque	LEVY-SOLAL (E.)
	(Port Royal	LACOMTE (M.)
Clinique ophtalmologique		VELTER (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique...		RUBIN (A.)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel) ..		RICHT (C.)
Clinique psychiatrique infantile ...		HEUYER (C.)
Clinique rhumatologique et sociale..		COSTE (F.)
Clinique stomatologique		DACHAULE (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale		SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale		LEMAIRE (A.)
Clinique urologique		FEY (B.)
Embryologie		GIRAUD (A.)
Génétique		LEVY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie		MOUQUIN (M.)
Histologie		CHATEAU (C.)
Hygiène et clinique de la première enfance		CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive		JOANNON (C.)
Médecine du travail		DESCILLE (H.)
Médecine légale		PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale		GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale		LEMEGAUX (G.)
Pathologie exotique		LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée		LENGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)		VERCIEN (F.P.)
Pathologie médicale		BARISTY (M.)
Pathologie et thérapeutiques générales		GARCIN (J.)
Physiologie		BINET (L.)
Physique médicale		STROHL (A.)
Technique chirurgicale		MOULONGUET (P.)
Thérapeutique		TURPIN (R.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES ET AGREGES

Anatomie	(DEBEYRE (J.))DELMAS (L.) Pr.s.ch.
Anatomie pathologique	(GAUTHIER-VILLARS (Mello P.) Pr.s.ch. (BUSSE (F.) (GOUYCOU (C.)
Bactériologie	(FASQUELLE (R.) (NEVOT (A.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Chimie médicale	(ETTORI (J.) Pr.s.ch. (JAYLE (H.F.) Pr.s.ch. (SCHAPIRA (G.) (DUPELLET (F.)
Dermato-Syphiligraphie	
Histologie	(BULLIARD (H.) Pr.s.ch. (COUJARD (R.) (N...
Hydrologie	DEBRAY (C.)
Hygiène	(BOYER (J.) (DEPARIS (M.)
Médecine Légale et du travail ...	(DEROBERT (L.) (GAULTIER (M.) (HADENCUT (A.)
Neuro-chirurgie	DAVID (M.)
Neurologie	SEZE (S. de)
	(CHASSET (J.) (LEPAGE (F.) (MAYER (H.)
Obstétrique	(MERGER (R.) (MORIN (P.) (RAVINA (J.) (VARANGOT (J.)
Ophtalmologie	(OFFERT (G.) (DESVIGNES (P.)
Orthopédie	JUDET
	(HALPHEN (E.) Pr.s.
Oto-rhino-laryngologie	(AUBRY (M.) (MADURO (R.)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553821_0016

Parasitologie	(BRUNET (L.) (CHABAUD (A.))
Pathologie Chirurgicale	(ABOUKER (P.) (BAUMANN (J.) (COSSET (J.) (FUGUIER (J.) (LAURENCE (G.) (LEGER (L.) (LORTAT-Jacob (J.) (OLIVIER (Cl.) (PALOVANI (P.) (POILLEUX (M.) (ROUX (M.) (RUDLER (J.C.) (TYNE (J.H.))
Pathologie Expérimentale	N... (BERNARD (J.) (BOUDIN (G.) (CASTAIGNE (P.) (CONTE (H.) (DECCOURT (J.) (DOLLART (A.) (DREYFUS (Gilbert) (FAUVERT (R.) (HAMBURGER (J.) (KOURILSKY (R.) (LAFOTTE (M.) (LAROCHÉ (C.) (MILLIEZ (P.) (PEQUIGNOT (H.) (PERRAULT (M.) (RABERT (P.) (THIEFFRY (St.) (TULIAF (J.) (JOSEPH (R.) (LAPLANE (R.) (N...
Pédiatrie	
Pharmacologie	(LEVY (Mlle J.) Pr.s.ch. (CHEYROL (J.H.) Pr.s.ch.
Physiologie	(BERGETON (D.) Pr.s.ch. (BERGOT (J.H.)
Physique médicale	(DJOURNO (A.) Pr.s.ch. (GOUGEROT (L.)

Pneumo-phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	BARUK (H.)
Psychiatrie infantile	MICHAUX (L.)
Stomatologie	(CERNEA (P.)
Thérapeutique	(CHAPUT (Mme A.)
	PERRAULT (M.)
	chargé de
	l'enseignement.
Urologie	KUSS (R.)

III.- PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES

RAPPELS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

III. BRINDEAU (A.) (Obstétrique), GATELLIER (J.) (Clinique chirurgicale), LE LORIN (V.) (Obstétrique), VAUDESCAL (R.) (Obstétrique).

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES

CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

	III.
Clinique chirurgicale	(ABELINE (A.)
	(PATEL (J.)
	(SICARD (A.)
	(BROUET (G.)
	(CACHERA (R.)
Clinique médicale	(HAGUENAU (M.) Br.s.Ch
	(MARCHAL (G.)
	(SOULIE (E.)
Clinique obstétricale	ECALLE (G.)
Clinique ophtalmologique	BENARD (G.)
Clinique urologique	COUVELAIRE (R.)

Secrétaire Général de la Faculté ... MONEL (J.)
Secrétaire Melle-CHANTEUIL (G.)

Conservateur chargé de la direction Docteur HAHN (A.)
Conservateur Melle GOICHON
Bibliothécaires (Melles DUMAÏTTE (P.)
LE NOIR (G.)
METIN (F.)
QUIVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a
arrêté que les opinions émises dans les dissertations
qui lui seront présentées doivent être considérées comme
propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner
aucune approbation ni improbation.

Au Professeur C. JOANNON

Professeur d'Hygiène
et de Médecine Préventive
à la Faculté de Médecine
de PARIS

Qui a bien voulu nous
faire l'honneur d'accepter
la Présidence de cette
thèse.

En témoignage de reconnaissance

A mon Oncle et à ma Tante

qui furent pour moi
un Père et une Mère

A mes fils, avec l'espoir
que l'avenir leur apportera
ce plein épanouissement que
je souhaite pour tous.

A tous ceux qui m'ont aidée dans
la poursuite de mes études
et tout particulièrement

à ma soeur SIMONE,

à mon amie YVONNE.

A GEORGES

dont la présence m'a soutenue
tout au long de mes études.

I - LA REALITE DU PROBLEME - LES DONNEES STATISTIQUES

L'inégalité existe, c'est un fait, qu'on le déplore sentimentalement ou qu'on le mesure scientifiquement, on ne peut que se rendre à l'évidence.

Autour de nous, les êtres sont blancs ou noirs, grands ou petits, bien portants ou malades. Le pourquoi serait, certes, intéressant à rechercher, mais ce n'est pas là notre objet.

Et cependant, si nous cernons le sujet que nous nous sommes proposé de traiter, ne serait-il pas utile d'essayer de savoir, tout de même, pourquoi tel individu peut aller de l'avant parce que bonne est sa santé, et pourquoi tel autre trébuche dans la vie sur le plus petit obstacle. Cela nous amènerait à fouiller dans les générations précédentes, à pénétrer dans le problème de l'hérédité familiale et sociale et élargirait dans le temps le problème que nous voudrions contribuer à éclaircir.

Mais sans remonter aux sources, nous sommes bien amenés à constater que l'Être qui vient au monde est dès son premier contact avec la vie, partagé d'une manière différente, suivant le milieu dans lequel il apparaît.

Il serait trop facile de choisir les cas extrêmes de la mère qui attend ce bébé, dans une clinique luxueuse, entourée des soins les plus nombreux et les plus compétents, et de la mère épuisée par le travail quotidien qu'elle a poussé jusqu'à l'extrême limite, parce que demain il faudra nourrir, habiller et élever cet enfant. Pourra-t-elle seulement l'allaiter, devra-t-elle le faire, lorsqu'elle même est déficiente et a besoin de toutes ses forces pour maintenir sa seule santé ? Cette inégalité dans les possibilités matérielles d'apporter à ce petit Être ce que chaque mère considère comme un dû, engendre une douleur morale et crée en les multipliant de nouvelles bases d'inégalité.

L'enfant grandit et se développe d'une façon toute différente suivant le milieu dans lequel le hasard l'a jeté : A quelques centaines de mètres dans Paris, dans le même arrondissement, un enfant bénéficiera de clarté, de lumière, d'un jardin et des arbres, tandis que l'autre se débrouillera comme un petit animal dans une cave de la zone, prenant jour par un soupirail à ras de terre, où s'entasse toute la famille quelle qu'en soit la composition

Bien sûr, ce sont des cas extrêmes. S'ils étaient uniques, s'ils constituaient une exception, il serait injurieux et malséant d'en parler. Mais ils se présentent, avec des degrés différents certes, dans les proportions étonnantes que les statistiques viennent affirmer, et que quelques visites dans certains quartiers, font immédiatement éclater aux yeux. Les conditions de vie et de logement dans la France actuelle, devraient nous jeter tous dans la honte la plus grande et provoquer un remords permanent chez les responsables de cet état de choses.

Nous savons bien qu'existent la Sécurité Sociale, les multiples œuvres sociales développées par des organisations privées, par les grandes entreprises et leurs Comités, par certaines administrations ; mais ces palliatifs sont incomplets et s'ils atténuent la dureté du choc de la maladie ils ne suppriment pas les conditions dans lesquelles, elle attaque l'individu.

Pour tous, riches ou pauvres la maladie apporte avec elle une somme de souffrances physiques et morales, mais combien elle frappe plus durement le pauvre !

Dans les familles aisées, c'est un moment difficile à passer, mais on en sort facilement.

Qu'il s'agisse par contre de l'ouvrier d'usine ou du petit artisan, lorsque la maladie entre dans le foyer, avec elle, entre la misère.

Pour le petit artisan, qu'il se fasse soigner à l'hôpital ou à domicile, le problème est le même - malade il faut cesser le travail ; les quelques maigres économies qu'il aura pu réaliser seront vite englouties, car rien, pas même la Sécurité Sociale ne vient à son secours.

L'ouvrier, salarié, lui, est couvert théoriquement par la Sécurité Sociale, mais il ne l'est pas absolument. Il faut d'abord que son arrêt de travail excède 3 jours, ce qui lui interdit de se guérir facilement par un repos de quelques heures ou d'une journée perdue que, tout temps perdu signifie la suppression du salaire, et que son pouvoir d'achat, déjà restreint va encore diminuer. Si sa maladie se prolonge, la Sécurité Sociale le prend en charge, c'est à dire qu'elle va, à partir du 4ème jour, lui payer son salaire réduit, et doublement : d'abord, parce qu'il n'est pas constitué par le salaire intégral, ensuite parce qu'il est calculé sur un salaire de base, à l'exclusion des primes et indemnités diverses qui en constituent de plus en plus complément indispensable.

La maladie du Chef de famille accentue encore l'inégalité parce qu'elle pénalise, nous n'avons pas besoin de le dire, injustement, la femme et les enfants. La famille est obligée de se restreindre, restrictions accentuées par l'obligation d'acheter les médicaments prescrits, incomplètement remboursés par le Securité Sociale.

Si les conditions de vie ne le permettent pas et c'est le cas le plus fréquent, il faut aller à l'hôpital.

Dans l'esprit de beaucoup l'hôpital est encore la dernière porte où l'on voudrait ne pas frapper ; c'est sinon, l'antichambre de la mort, du moins la possibilité d'entrer en contact avec elle. Il subsiste encore cette idée qu'on ne va à l'hôpital que dans la mesure où l'on est vraiment un malheureux, et il faut avouer que les autorités compétentes ne font pas grand chose pour faire oublier cette origine, presque honteuse, parce que charitable, de l'institution hospitalière.

  l'origine, l'hôpital c'est la Maison de Dieu, où des  mes charitables viennent soigner les déshérités, les abandonnés, les indigents. Les bâtiments sont édifiés et entretenus par des dons généralement privés, et l'individu qui y entre s'en remet à autrui, entièrement, du soin de son existence. Cette période de l'hôpital, presque fondation pieuse, est matériellement dépassée, en ce sens que l'ensemble hospitalier est devenu une organisation à caractère public, avec des ressources propres qu'elle a tendance à demander de plus en plus au malade lui-même.

Mais si le stade actuel n'est plus celui de la Charité, il n'en subsiste pas moins, dans l'esprit des praticiens, cette antique conception et ses conséquences, à savoir qu'après tout, la matière humaine, qu'ils ont sous les yeux, n'a qu'à se considérer comme heureuse qu'on veuille bien s'occuper d'elle.

Les médecins oublient parfois qu'ils ont devant eux, d'une part des êtres humains, leurs égaux, et d'autre part, puisqu'il faut en parler, des êtres qui payent, et cher, le droit aux soins.

Nous avons souffert, et combien de fois, au cours de nos visites dans les salles ? On arrive devant un lit on continue la conversation commenc e, sans un mot de salut, on découvre la femme sans égard pour elle ; et chacun de participer à la leçon, oubliant totalement qu'il s'agit d'une malade venue se faire soigner, mais non pas se livrer aux manipulations plus ou moins indispensables de quelques médecins ou futurs médecins.

Combien se rendent compte de tout ce que leur attitude comporte d'humiliant ? Soignée chez elle, examinée dans un Cabinet de consultation, en ville, cette même femme aurait eu droit à une politesse toute naturelle, et son examen n'aurait pas été seulement un cas en soi, isolé de l'ambiance extérieure.

Malgré leur dévouement, certains médecins cessent d'être humains par désir d'apporter à la science, au progrès thérapeutique leur participation si minime soit-elle.

Faut-il parler de la salle commune, du climat moral indispensable à la guérison et qui manque si souvent ?

Nous ne voudrions pas faire ici le procès de l'hôpital, d'autres l'ont fait ou le font, c'est pour eux chose facile.

Mais, si les médecins ne sont pas arrivés à se pénétrer de cette idée que l'hôpital est une institution où les soins sont donnés à des êtres humains et qui, de plus, ~~les payent~~, il est normal que les malades aient la hantise désagréable de cette ambiance où la maladie va les jeter. Les conditions de guérison sont-elles remplies, lorsque le malade est dominé par un tel complexe ?

Ainsi, jusque dans les soins qu'il est en droit de recevoir, se trouve la notion d'inégalité et c'est jusqu'à la mort qu'elle poursuit le déshérité.

°
° °

On meurt plus chez le pauvre que chez le riche et l'étude de certaines statistiques va nous en donner la preuve éclatante.

On meurt plus en général, et on meurt plus de tuberculose pulmonaire.

Depuis longtemps déjà, les démographes se sont attachés à l'étude de la mortalité, mais relativement rares sont les statistiques qui étudient la mortalité dans ses rapports avec la profession et la situation sociale.

Malgré les difficultés de l'observation statistique, les chercheurs de certains pays, Grande Bretagne en particulier, se sont efforcés de dresser des tables de mortalité suivant la profession, cette dernière devant ensuite être utilisée comme critère d'appartenance à telle ou telle catégorie sociale. On ne peut douter, en effet, que la profession agisse sur la mortalité par les conditions d'existence qu'elle permet : alimentation, logement, soins médicaux, aide domestique, loisirs ...

Les diverses rubriques professionnelles ont été regroupées en 5 classes ou catégories sociales :

La Classe I groupant hauts fonctionnaires, dirigeants et cadres supérieurs de l'industrie et du commerce.

La Classe II réunit agriculteurs, employés, fonctionnaires subalternes, petits industriels et commerçants.

La Classe III comprend artisans et ouvrier qualifiés.

La Classe IV groupe les ouvriers semi-qualifiés.

La Classe V enfin l'ensemble des travailleurs sans qualification.

Ces études s'étendent sur de longues périodes et constituent une documentation extrêmement riche, et le tableau suivant traduit de façon péremptoire l'inégalité devant la mort, des différentes couches de la population.

TABLEAU I : Taux standards de mortalité 20 - 64 ans pour l'Angleterre et le Pays de Galles.

Catégorie Sociale	1921-1923	1930-1932	
	Hommes	Femmes mariées d'après la classe du mari	Femmes non mariées actives
Toutes Catégories ...	100	100	100
Classe I	82	80	-
Classe II	93	88	-
Classe III	94	99	97
Classe IV	99	103	104
Classe V	121	113	115

Par ailleurs dans les 5 classes Sociales, la mortalité a été répartie en 6 grandes causes :

- tuberculose pulmonaire (respiratoire)
- cancer,
- maladies du coeur,
- maladies du système respiratoire,
- suicide,
- mort accidentelle.

Pour toutes les causes, à l'exception du suicide la mortalité s'accumule dans les classes sociales les moins favorisées. Mais, c'est de beaucoup pour la tuberculose pulmonaire et les maladies du système respiratoire que les écarts entre les catégories sociales sont les plus marqués, puisque le taux de mortalité, pour ces affections sont, à tous les âges sensiblement le double dans la catégorie V, de ce qu'ils sont dans la catégorie

Pour la tuberculose pulmonaire, les valeurs extrêmes peuvent varier dans la proportion de 1 à 30 pour certaines activités très exposées : mineurs de métaux non ferreux, carriers, extracteurs de sable, et nous retrouvons ici le problème particulièrement important de la silicose et de la tuberculose pulmonaire

(1) Sutherland I - Variations in occupational mortality between and within the social classes - Brit. J. Soc. Med. (1947) 1-126-124.

TABLEAU II - Standardised Mortality Ratios of Man aged 20 - 64 ans
by causes and Social Class.-

Cause	Years	Social Class				
		I	II	III	IV	V
Respiratory Tuberculosis ...	1921-1923	49	81	95	97	137
	1930-1932	61	70	100	104	125
	1950	64	62	103	95	149

TABLEAU III - Intéressant les femmes mariées.

Cause	Years	Social Class				
		I	II	III	IV	V
Respiratory Tuberculosis ...	1930-1932	52	67	99	106	132
	1950	43	52	104	107	166

TABLEAU IV - Infant mortality Rates for 1000 live Birth from
Selected Causes.

Cause	Years	Social Class					A L P Classes
		I	II	III	IV	V	
Respiratory Tuberculosis ...	1921-1923	0,6	1,0	1,4	1,9	1,7	1,5
	1930-1932	0,3	0,6	0,9	1,1	1,3	1,0
	1950	-	0,1	0,2	0,2	0,4	0,2

Ces quelques statistiques extraites du "Général Registrar" et relatives aux hommes, femmes et enfants, constituent une preuve indiscutable puisque intéressant une nation entière.

2°/ Si les études entreprises aux Etats-Unis ne constituent pas une documentation comparable, elles représentent néanmoins un apport appréciable. Elles font ressortir qu'à tous les âges, la mortalité est nettement plus élevée parmi les salariés de l'industrie que parmi les "cols blancs" (1).

J.S. Whitney publie (2) pour le compte de la "National Tuberculosis Association" une étude dont les chiffres viennent d'être insérés sans difficulté dans l'ensemble des résultats dont nous avons déjà fait part. Enfin, d'après la documentation américaine la plus récente (3), le calcul fait pour la tuberculose montre que les écarts de taux de mortalité sont considérables.

-
- (1) DUBLIN L. - Causes of death by occupation U.S. Bureau of Labor Statistics. Bulletin N° 507 Washington 1930
et DUBLIN L. and WANE R.J. - Occupational Mortality experience of insured wage earners Monthly Labor Review Juin 1947. N°6 - Government Printing Office 1947.
- (2) WHITNEY J.S. - Death rates by occupation based on data of U.S. Census Bureau 1930 - NEW-YORK. National Tuberculosis Association 1934.
- (3) PUFFER R.P. - Industrial and Occupational environment Health.

3°/ En France - les études sont peu nombreuses.

Le Dr. Villermé (1) en 1840 constatait que la mortalité est à tous les âges, beaucoup plus élevée dans la catégorie des ouvriers que dans celle des chefs d'entreprise.

En 1889, les résultats trouvés par J. BERTILLON (2) confirment ceux qui vers la même époque avaient été obtenus en Grande Bretagne. On connaît les travaux de L. Hersch en 1920 (3), sur "l'inégalité devant la mort" dans lesquels l'auteur s'est attaché à mettre en évidence les écarts considérables de taux de mortalité dans les différents arrondissements de Paris, classés d'après le montant moyen des revenus.

Qu'il s'agisse de mortalité en général ou de tuberculose pulmonaire, que les statistiques soient récentes ou anciennes, toujours les taux croissent à mesure que les ressources diminuent et que les conditions de vie sont moins favorables.

Qu'il s'agisse des travaux du Dr ICHOK en 1936 (4) ou de ceux de l'Institut National d'Hygiène en 1955 (5) il n'y a pas de dissonance.

°
°

-
- (1) Dr. VILLERMÉ - The Wilbank Memorial Fund Quarterly
Suite de la 2^e page
Puffen R. I. - Janvier 1948 pp. 22-40 "Sur la Mortalité de la classe aisée et de la classe indigente". Mémoires de l'Académie Royale de Médecine 1828.
- (2) BERTILLON J. - De la morbidité et de la mortalité professionnelle.
- (3) HERSCH L. - L'inégalité devant la mort d'après les statistiques de la Ville de Paris - Paris Recueil Sirey 1920.
- " " - Pauvreté et mortalité selon les principales causes de décès, d'après les statistiques de la Ville de Paris - Congrès de la Population 1931.
- (4) Dr. ICHOK - "Mortalité à Paris et dans le Département de la Seine".
- (5) Mortalité par tuberculose pulmonaire enregistrée à Paris entre 1865 et 1954: Proportions annuelles pour 100.000 habitants de tous âges domiciliés dans chaque arrondissement - Document communiqué par l'I.N. d'Hygiène.

La concordance dans le temps et dans les différents pays s'impose. Ainsi les conséquences de l'indifférence et de l'incompréhension dans le domaine de la souffrance humaine peuvent se retrouver dans les statistiques de décès.

En ce qui concerne les décès imputables à la tuberculose pulmonaire les contrastes sont si marqués qu'il nous serait presque permis de parler dans ce cas de "maladie de classe".

II - NOTIONS FONDAMENTALES ET FACTEURS PATHOGENIQUES

Si la tuberculose fut longtemps considérée comme une maladie héréditaire, sa nature contagieuse est, maintenant, solidement établie.

Qui dit, maladie contagieuse, dit germe et contaminations.

Villemin, en 1865, apporte la notion d'inoculabilité donc de spécificité et laisse presager la contagiosité. Appliquant aux maladies infectieuses les techniques de Claude BERNARD, il prélève du pus de sécrétions tuberculeuses, l'injecte à des lapins. La reproduction expérimentale des lésions tuberculeuses mettait ainsi en évidence deux notions fondamentales : l'une théorique, le caractère inoculable et spécifique de la maladie, l'autre pratique, la notion de contagion.

Robert KOCH, en 1882, bactériologiste allemand, trouve le germe dans les lésions tuberculeuses et dans les produits d'excretion.

En raison de sa structure, le bacille est difficilement colorable ; cependant, KOCH découvre qu'en laissant agir longtemps les colorants en présence d'un mordant, on arrivait à obtenir une coloration ; il montre aussi que le bacille peut être cultivé, et prépare la tuberculine, filtrat d'une culture de bacilles sur certains milieux.

Il en résultait, deux notions essentielles : la nature microbienne de la maladie, le danger de l'expectoration bacillifère.

Si la contamination peut se faire par voie digestive, de par l'ingestion de lait cru contenant des bacilles tuberculeux bovins, la contamination interhumaine, directe, apparaît alors comme étant la principale modalité de contagion.

Sont donc dangereux les sujets qui toussent et expectorent surtout s'ils sont apparemment sains.

La maladie à cette époque, était donc bien connue dans sa transmission et son germe spécifique.

.. La magnifique découverte des Rayons X par ROENTGEN, en 1898, permet la visibilité des lésions pulmonaires tuberculeuses et montre leur extrême fréquence.

VON PIRQUET, en 1907, démontre que les sujets, porteurs du bacille de KOCH, réagissent à la tuberculine déposée au niveau d'une scarification cutanée, par une manifestation locale inflammatoire ; la tuberculine est donc susceptible d'explorer la sensibilité acquise, d'où la possibilité de distinguer les sujets infectés de ceux qui ne l'ont pas encore été.

C'est de cette dernière conquête scientifique qu'à découlé le concept de la maladie, concept qui se résume ainsi : tous les humains sont, à une période quelconque de leur vie, infectés par le bacille de la tuberculose et le virage de la cuti-réaction permet de connaître le moment de l'infection ; au contraire, seul un nombre restreint d'individus font une maladie tuberculeuse.

Donc, un jour, ce jour arrive dans l'enfance, l'adolescence ou chez le jeune adulte, mais il arrive nécessairement, le bacille tuberculeux pénètre dans l'organisme. Ici, ce premier contact est caractérisé par des accidents aigus ou bénins, constituant les primo-infections symptomatiques ; là, il crée, plus ou moins sournoisement, le chancre d'inoculation, entre en sommeil et on n'entendra plus jamais parler de lui ... à moins que, sur le terrain favorable de l'âge adulte, à la suite d'un flechissement de l'organisme, il ne s'éveille pour devenir redoutable.

La tuberculose se présenterait ainsi avec un certain nombre d'épisodes dont chacun ne serait qu'un chaînon d'une longue maladie affectant toute la vie.

RAUKE, en 1916, a essayé de préciser le cycle de la maladie, cycle surtout net quand la contamination se fait dans la deuxième enfance :

- stade de la primo-infection, c'est-à-dire des réactions qui suivent immédiatement l'introduction du bacille dans l'organisme.
- stade secondaire, caractérisé par la diffusion avec exagération des réactions cutanées tuberculiniques (stade des pleuresies, mal de Pott).
- stade tertiaire où la maladie prend domicile dans le poumon, c'est la tuberculose pulmonaire chronique ou tuberculose tertiaire.

Au cours de cette maladie chronique, il y aurait donc réinfection; les théories s'opposent sur son origine : pour les uns, les germes déjà dans l'organisme reprennent vigueur à l'occasion d'une chute des défenses naturelles, c'est la théorie de réinfection endogène ; pour d'autres, il s'agit d'un nouvel apport bacillaire sur un terrain déjà infecté, c'est la réinfection exogène.

Quelque soit le mode de réinfection, il ne change rien à l'évolution clinique au cours de laquelle deux notions dominent : les poussées évolutives avec leur arrêt et leur reprise, poussées dont le déterminisme semble mal connu, et la guérison ; peut-on parler de guérison ? rien, anatomiquement ne vient en donner la certitude ; il reste toujours des cicatrices visibles où des microbes virulents peuvent subsister ; aucune certitude non plus, du point de vue humoral ; c'est pourquoi tous les phthisiologues jugent sage de parler de stabilisation et non pas de guérison.

°
° °

Mais, pourquoi deux lésions identiques au départ se comportent-elles différemment ?

Si différemment que l'on serait porté à dire qu'il n'y a pas une tuberculose, mais des tuberculoses et même des tuberculeux.

Comment expliquer certaines primo-infections malignes, chez l'adolescent et l'adulte, ou encore, le raccourcissement du délai entre tuberculose-infection et tuberculose-maladie ? A quels facteurs pathogéniques peut-on attribuer ces différences d'évolution ?

La virulence du bacille ne semble pas expliquer la gravité de ces formes ; des études, à ce sujet, ont montré des discordances importantes dans la durée de survie de deux cobayes simultanément inoculés ; si les bacilles, provenant de malades atteints de tuberculose fibreuse, permettaient, dans certains cas des survies prolongées du cobaye, alors que les bacilles des tuberculoses graves provoquaient la mort rapide de l'animal, l'inverse a été également observé (I).

La quantité des bacilles mérite, par contre, d'être incriminée, puisque dans un nombre de cas appréciable on retrouve la notion d'un contagio particulièrement massif et prolongé (1).

Le germe n'est donc pas tout et c'est ici qu'interviennent ces facteurs adjuvants dont le rôle est si important.

Il existe une courbe de fragilité à la tuberculose selon les âges, et nous savons que l'âge phthisiogène s'étale de 18 à 25 ans.

Certaines transformations physiologiques, puberté, grossesse, fragilisent également les sujets.

On a parlé de terrain ethnique ; certaines races sont plus sensibles : Bretons et Normands, en France. Les Israélites de l'Europe Centrale sont moins atteints que les Chrétiens vivant à leur contact.

Le facteur génétique, cette transmission héréditaire de résistance ou de fragilité à la maladie, entre-t-il en ligne de compte ? D'une façon générale, son rôle ne peut être discuté, mais nous pensons fermement qu'il est largement dépassé par l'influence des facteurs ambiants, par ces causes dites "secondes" et que sont : taudis, sous-alimentation, efforts excessifs, chagrin et dépression morale, tout ce qui ajoute à l'action microbienne un terrain diminué.

L'incidence de la guerre sur la morbidité et la mortalité tuberculeuses a montré le rôle prédominant de la misère et de la sous-alimentation ; "la tuberculose a été en rapport direct avec les misérables conditions de vie", et, douloureuse démonstration des facteurs ambiants, ces années d'épreuve auront été pour des masses d'hommes, ce que sont à l'accoutumée la misère et le taudis pour les plus déshérités.

Le rôle de la sous-alimentation dans le déclenchement et la gravité de la réinfection tuberculeuse est maintenant indéniable.

C'est parce que l'organisme était épuisé par la famine que le bacille de Koch a pullulé dans les poumons.

Certains départements ayant souffert d'un ravitaillement difficile, tels les départements du Sud-Est ont connu une augmentation notable de la mortalité tuberculeuse, augmentation atteignant 38 % dans le Vaucluse, 69 % dans le Var, 74 % dans les Bouches du Rhône. Par contre dans certains départements bretons, ^{en temps normal}, de produits agricoles qui ont pu être consommés sur place en raison des difficultés de transports, la mortalité tuberculeuse a enregistré une diminution, allant jusqu'à 53 % dans le Morbihan (1).

Monsieur le Professeur E. BERNARD, faisant état d'une note du Professeur Charles RICHET, lequel s'était voué à BUCKENWALD aux soins de milliers de tuberculeux, rapporte:

" La tuberculose sévissait avec une extrême fréquence - il est assez difficile de la préciser. Néanmoins (sauf en cas d'épidémie de dysenterie) environ 40 % des décès lui étaient dus, c'est-à-dire que sur un camp de 25 à 40.000 hommes ~~où~~ il succombait 50 à 200 hommes par jour, il devait y avoir 20 à 40 morts, par jour, de tuberculose, ce qui doit faire environ 1 pour 1000 par jour".

" Quelle allure avait la tuberculose ? Deux grands types :

" Les formes habituelles évoluant normalement, susceptibles de recéder sous l'influence du repos et du pneumothorax.

" Les formes aiguës type granulie, (rares) ou broncho-pneumonie (fréquentes) et plus loin :

" Causes : la fatigue, le froid, le travail, l'agglomèment
" et surtout la faim. Le rôle de la faim est plus considérable que celui des autres facteurs ; certains groupes, celui des Danois, celui des Norvégiens étaient à peu près dans les mêmes conditions que nous, mais mieux alimentés : pas de tuberculose" (2).

Nous rappelons le cas d'entérite chronique devenu tuberculeux à cause d'un régime comportant un apport alimentaire insuffisant (3).

(1) Etienne BERNARD - Phtisiologie Humaine. Aspects cliniques et médico-sociaux p.5 et suivantes.

(2) Etienne BERNARD - Phtisiologie Humaine. Aspects cliniques et médico-sociaux p. 15 & 16.

(3) LOEPER et ESMONNET - Pourquoi certains entéritiques deviennent tuberculeux. Académie de Médecine - Séance du 12 Avril 1912.

La déficience quantitative de l'apport alimentaire apparaît donc comme étant à l'origine des poussées évolutives tuberculeuses.

Sans doute, devons-nous d'autre part, tenir compte du déficit alimentaire qualitatif, car le lien existe entre la tuberculose et certaines carences. Si les faits expérimentaux ne permettent pas de dire que la carence protidique favorise le développement de la tuberculose, bien que nous connaissions l'effet favorable de la viande sur l'état général des tuberculeux - par contre, le rôle favorisant des carences en calcium et en acide ascorbique lui a été démontré (1).

Le rôle de l'alimentation dans la fragilité du terrain à l'égard de la tuberculose nous apparaît donc clairement qu'il s'agisse de carence globale ou de régime déséquilibré.

Parler d'efforts excessifs n'est pas inutile car c'est une notion nouvelle. Combien de malades, de femmes en particulier, accomplissent un travail au-dessus de leurs forces et exercent des métiers d'hommes. Nombreuses sont les femmes ouvrières d'usines.

Un travail de Knud Faber, rapporté par M. RIST à l'académie de médecine en 1936, apprenait qu'au Danemark, il avait été enregistré une baisse considérable de la mortalité par tuberculose dans toutes les catégories sociales ; une seule catégorie faisait exception, c'était celle des femmes ouvrières pour qui, au contraire, la mortalité avait augmenté.

Depuis LAENNEC, on a souvent invoqué ces "passions tristes" que sont le chagrin et la dépression morale. Beaucoup de femmes et aussi d'hommes n'ont pas le temps d'être malades ; trop de préoccupations les absorbent ; ils ne sentent pas leur fièvre et leur fatigue et ce sont des mois après les premiers symptômes, avec des lésions importantes qu'on les voit souvent pour la première fois.

Et comment parler de facteurs ambiants sans parler du taudis ? il n'y a pas de notion plus connue que celle de l'influence du taudis sur la tuberculose. Il occupe, à côté de la sous-alimentation la première place. La tuberculose est une maladie de foyer et c'est là, la conséquence même de sa nature contagieuse.

(1) BARIETY et BOULENGER - Tuberculose et Nutrition - Paris Médical - 10 Février 1944

Plus le logement est exigü, plus la contagion fait de victimes parce que les contacts sont fréquents et intimes ; dans un logement bien proportionné et salubre, l'adulte contamine rarement ses enfants et ces contaminations, frappant des organismes bien nourris et résistants, ont toutes les chances d'être discrètes ; dans un logis pauvre d'espace et de lumière, insalubre, où l'on vit nombreux dans la même pièce, les enfants subissent des contagions continues et massifs ; si par ailleurs le ménage ne dispose pas de ressources suffisantes pour assurer une alimentation normale, le bacille a tout loisir de se développer sur ces organismes affaiblis sans trouver de résistance.

Une étude anglaise très poussée (1) faite en 1953 vise à approfondir la corrélation entre mortalité et morbidité tuberculeuse d'une part, et un certain nombre d'indices évaluant les conditions sociales et économiques d'autre part.

Elle a été faite pour 28 quartiers de LONDRES et porte sur les années 1931-1933, qui seules fournissaient des données précises permettant des calculs rigoureux. Elle utilise les données suivantes :

z = taux de mortalité tuberculeuse pour 1000.

- a) taux de première notification de tuberculose pulmonaire pour 1000 vivants
- b) pourcentage des hommes âgés de 14 ans et au-dessus dont les occupations ont été attribuées à leurs classes sociales IV et V (nous en avons vu la composition).
- c) pourcentage de la population dont la densité est supérieure à 1 personne et demie par pièce.
- d) pourcentage des hommes âgés de 14 ans et au-dessus sans emploi.
- f) poids moyen des écoliers.
- g) soins et surveillances effectués dans les dispensaires.
- h) dépenses globales par cas de tuberculose.
- m) pourcentage d'hommes de 14 ans et au-dessus ayant un emploi dans les 12 professions parmi lesquelles la mortalité tuberculeuse était la plus élevée.

I) B. BENJAMIN - Tuberculosis and social condition in the Metropolitan boroughs of London from the British journal of Tuberculosis and Diseases of the Chest. January 1953.
Nous remercions, ici, le Dr. LOGAN du General Registrar Office qui a bien voulu nous communiquer ce document.

- p) taux pour ICCO habitants des personnes d'origine irlandaise.
- o) pourcentage des espaces libres par rapport à la superficie totale des quartiers étudiés.

Les facteurs b, c, d, ont été introduits dans le but d'évaluer les conditions sociales, c, pouvant aussi évaluer l'influence épidémique de la surpopulation sans tenir compte des conditions économiques associées aux mauvaises conditions de logement. Les conditions de nourriture sont donnée en gros par f ; les facteurs g et h ont pour but d'étudier la puissance d'action des services de tuberculose ; m, indique le risque professionnel, p, le risque de l'immigration.

Par une série d'équations dans le détail desquelles nous ne rentrerons pas ici, l'auteur parvient aux résultats suivants :

- 1°/ association significative entre la mortalité et les facteurs sociaux,
- 2°/ ni les soins donnés par les dispensaires, ni les dépenses occasionnées par ces soins n'étaient en relation avec la mortalité, ce qui paraît normal puisque les données de base se rapportent à 1931-1933, période où le traitement avait moins d'effet que maintenant sur la mortalité. Cela n'implique pas que les services rendus par les dispensaires soient futiles, mais seulement que ces facteurs n'influençaient pas de façon sensible la mortalité tuberculeuse.
- 3°/ Le risque professionnel donnait une forte association
- 4°/ Classe sociale est étroitement liée avec logement, nourriture profession.

La conclusion générale de l'auteur est qu'il n'y a " pas d'avantage à introduire d'autres facteurs que la classe sociale et la densité de logement".

Les résultats concernant la morbidité correspondent à ceux trouvés pour la morbidité.

Les études de Greenwood et Thompson, en 1921, avaient déjà montré que les conditions d'emploi dans les usines et la surpopulation des logements étaient des facteurs qui influencent sur la mortalité tuberculeuse (1)

Les études faites à Grenoble (2) entre 1911 et 1937 ont montré que les rues à taudis payaient le plus lourd tribut au fléau ; la mortalité par tuberculose atteignait :

260 pour 1000 habitants dans les quartiers les plus déshérités.

83 pour 1000 habitants dans les quartiers sains et aérés.

°
° °

Ainsi donc, il n'y a pas de tuberculose sans bacille de Koch, mais il ne suffit pas d'être mis en présence du germe pour devenir tuberculeux ; il faut encore que le microbe rencontre, pour se développer, un organisme réceptif. C'est là qu'interviennent les conditions sociales, le mode de vie des hommes, tout ce qui d'ordre physique ou moral favorise la mise en présence du bacille avec un organisme incapable de se défendre.

Comme l'écrivait le Professeur SERGENT :
"On ne fait pas pousser du blé sur un roc ... Si bien faites soient les semences, si belle et généreuse soit la graine, la germination et la moisson ne seront fructueuses que si le sol ensemencé est propice, fécondable et fertile."

-
- (1) Collis E. and Greenwood M. (1961) "Health of the Industrial Worker" Churchill - London.
(2) Dr. F. BERTHET - "La tuberculose, maladie de la civilisation et de la misère" Santé de l'Homme N° 54 - Mai-Juin 1949 p.75.-

III.- PREVENTION ET MESURES PROPHYLACTIQUES

La prévention, de par sa définition, consiste à prévenir la maladie, et à empêcher l'éclosion, autrement dit à lutter par des mesures appropriées contre tout ce qui peut la favoriser. C'est pourquoi chacun s'efforce, chaque jour davantage, à percer et à approfondir les mystères de la pathogénie, permettant ainsi de mieux agir contre tous les facteurs qui, de loin ou de près, influencent l'apparition et le développement de la maladie.

La lutte antituberculeuse prend naissance avec le premier dispensaire créé en 1902 par CALMETTE à LILLE. Elle se développe, à l'instigation de Léon BOURGEOIS, avec la loi du 15 Avril 1916 instituant les dispensaires d'Hygiène Sociale à laquelle venait s'ajouter celle du 7 Septembre 1919 sur les sanatoriums.

L'organisation générale de la lutte antituberculeuse est issue de l'ordonnance du 31 Octobre 1945 et des textes pris en application de cette ordonnance.

L'article 2 de cette ordonnance fondamentale définit les obligations de l'Office Public d'Hygiène Sociale en matière de prophylaxie : " Les dispensaires sont chargés d'assurer la prophylaxie individuelle, familiale et collective de la tuberculose".

L' O.P.H.S. comprend de nombreuses permanences, les dispensaires de quartier ou de banlieue, chargés d'assurer la prophylaxie individuelle et familiale de la tuberculose sur un secteur géographique limité, et un organisme dont la compétence s'étend à l'ensemble du département, le service de dépistage systématique, chargé d'assurer la prophylaxie collective.

Le principe essentiel de son action est la recherche des tuberculeux et leur éducation sanitaire ; son rôle découle de cette notion que le diagnostic tardif de la maladie s'oppose à la guérison du malade et favorise le développement du fléau chez ceux qui l'entourent. Les dispensaires, principaux organismes de prévention, sont donc destinés au dépistage de la tuberculose pulmonaire ou extra-pulmonaire, au placement dans des établissements appropriés à leur état, des tuberculeux dépistés, et à la surveillance de ceux qui, pour des raisons diverses, se soignent à domicile. Ils sont en plus chargés de la recherche des tuberculeux dans l'entourage des malades.

Le Service de dépistage systématique intervient soit à titre individuel (examens pré-nataux, pré-nuptiaux) soit à titre collectif (examens dans les diverses collectivités, usines, écoles).

°
° °

Comment donc se préserve-t-on de la tuberculose ? Il est bien évident que le moyen de préservation idéale serait d'éviter la contagion initiale. C'est à cette tâche que s'appliquent les dispensaires par les conseils de prophylaxie classiques que prodiguent leurs assistantes c'est la désinfection, c'est l'isolement avec toutes ses mesures draconiennes allant parfois jusqu'à l'inhumain ; ici ce nourrisson qu'on enlève à sa mère pour éviter que le baiser maternel ne glisse en lui le germe qui lui serait mortel. Ailleurs ces enfants qui particulièrement réceptifs à la contagion, quittent le foyer pour le préventorium, l'asile ou le placement familial ; et pourtant, la mesure s'imposait parce que nombreux étaient les enfants nés de mère tuberculeuse qui mouraient dans les premières semaines, soit de méningite, soit même sans signes apparents de tuberculose (1).

Un autre mode de protection qui semble devoir être beaucoup plus efficace étant donné l'ubiquité de la contagion, consiste à immuniser de façon relative les individus encore vierge de contamination, c'est la vaccination B.C.G. rendue obligatoire par la loi du 5 Janvier 1950, pour certaines catégories de la population :

- enfants du 1er et du 2ème âge placés en établissement ou en nourrice.
- enfants vivants dans un foyer où vit également un tuberculeux.
- enfants d'âge scolaire fréquentant un établissement d'enseignement.
- étudiants en médecine et en art dentaire, ainsi que les élèves des écoles d'infirmières, assistantes sociales, sages-femmes.
- personnel des établissements hospitaliers et des administrations publiques.

- les militaires.

- enfin, le personnel des entreprises industrielles et commerciales particulièrement insalubres ou qui manipule des denrées alimentaires.

La vaccination devant être progressive, le décret du 1er Septembre 1952 fixe les dates d'application de cette vaccination aux différentes catégories d'assujettis, en commençant par celles qui sont les plus exposées à la maladie. Les résultats apparaissent comme particulièrement encourageants, à en croire l'exemple de Montreuil où la vaccination B.C.G. a été pratiquée en masse depuis 1948 précédant de plusieurs années la loi de vaccination obligatoire : en 1953, le nombre de primo-infections tombait de façon sensible, sauf pour les enfants de 0 à 4 ans, chez qui la courbe est, par contre, beaucoup moins brillante.

Les chiffres sont également en régression en ce qui concerne la tuberculose de réinfection, la morbidité de cet ordre y est moindre que dans les villes antérieurement moins tuberculisées (I)

Un jour viendra, peut être, où tous les individus ayant reçu la vaccination B.C.G., il n'y aura plus à craindre l'évolution lointaine des lésions de la primo-infection à la faveur d'un fléchissement de l'organisme.

Mais il reste, cependant, l'immense majorité des individus qui, ayant fait une primo-infection spontanée souvent passée inaperçue, deviendront les tuberculeux de demain sous la seule influence de toutes les causes qui contribueront à diminuer les défenses de l'organisme.

(I)

Dr. Simone HADAMARD - Le vaccin B.C.G. arme précieuse
contre la tuberculose - Pour
l'Enfance N°8.- Mai-Juin 1955.

C'est ici que le dépistage systématique prend tout son intérêt s'il doit être suivi du repos prophylactique après virage de la cuti-réaction, comme le préconisent les plus avisés de nos phthisiologues, partant du principe que, malgré les brillantes découvertes de la médecine, il ne faut pas perdre de vue l'influence favorable du repos sur l'évolution des lésions tuberculeuses (I)

Chez l'enfant, le Professeur Bezançon le préconise comme moyen préventif destiné à empêcher l'éclosion de la maladie : "du moment que nous considérons le repos comme le moyen thérapeutique spécifique de la lésion tuberculeuse, nous emploierons ce spécifique, non seulement pendant la poussée tuberculeuse, mais encore avant la poussée éventuelle " ... " nous pensons que chez l'enfant et l'adolescent, la surveillance méthodique, ayant comme sanction éventuelle le repos, doit être la condition du non développement de la manifestation tuberculeuse chez l'adulte et doit être considérée comme la base de la prophylaxie de la tuberculose " (2).

Pour le Professeur R. Debré et M. Lelong " la première poussée de tuberculose, si anodine qu'elle soit en apparence doit être traitée comme toute poussée évolutive même quand elle n'a pas d'autre expression que le virage de la cuti-réaction tuberculinique " (3) et le repos doit être selon eux, absolu pendant 3 mois avec reprise modérée d'activité des 3 mois suivants et même repos d'une année s'il existe des signes radiologiques, en préventorium pour éloigner plus sûrement d'enfant du milieu où il s'est contaminé.

(1) Amenille - Gazette Médicale de France 15 Déc. 1938

E. Rist - La tuberculose. - A. Colin 1939.

(2) F. Bezançon et P. Braun - Importance du repos dans le traitement de la tuberculose pulmonaire
La médecine - Mai 1925.

F. Bezançon - L'orientation thérapeutique donnée par les notions de tuberculose - Maladie chronique, contagieuse, familiale.
La Médecine - Mai 1925.

(3) R. Debré et M. Lelong - Bulletin de la Société de Pédiatrie - Nov. 1936 et Presse Médicale.
27 Nov. 1937.

Chez l'adolescent et l'adulte, ce repos s'avère encore plus utile puisqu'ici s'ajoute les fatigues de la puberté, de la préparation aux examens et à l'apprentissage, les premiers soucis professionnels ou la première maternité chez la femme, et parce que nous savons par ailleurs, qu'avec l'adolescent et le jeune adulte commence la période phthisiogène.

Ainsi, désinfection, isolement, vaccination B.C.G., dépistage systématique et repos prolongé après virage de la cuti-réaction constituent donc l'essentiel de notre action préventive.

°
° °

Les résultats obtenus correspondent-ils à nos espérances ?

Si, grâce à l'effort de dépistage réalisé depuis une vingtaine d'années, grâce à l'amélioration des établissements de soins, au dévouement du corps médical, aux progrès des thérapeutiques chirurgicales et médicales, la mortalité par tuberculose a considérablement diminué dans notre pays, pouvons-nous en dire autant de la morbidité ?

C'est un fait que la médecine d'aujourd'hui a plus de moyens que celle d'hier pour soigner et guérir les tuberculeux, et, nous devrions en conséquence assister à une diminution parallèle de la morbidité, mais il ne semble pas que cela soit.

Nous savons combien la diversité et le manque d'homogénéité des documents de base rendent difficile et aléatoire l'interprétation de la morbidité tuberculeuse, et cela sera, aussi longtemps que la tuberculose restera une maladie à déclaration facultative.

Toutefois, si l'on s'en rapporte aux statistiques de la Sécurité Sociale dont la régularité ne peut être mise en doute puisqu'elles concernent l'attribution de la longue maladie ainsi que des pensions d'invalidité, nous ne pouvons douter que, chaque année, un nombre important de tuberculeux vient s'ajouter à celui existant déjà :

Pour les 3 trimestres 1950, les chiffres donnent :

- bénéficiaires longue-maladie	41.776
- bénéficiaires invalidité	676

soit au total :	42.452

Si nous retenons que pour la même période, 7.053 tuberculeux se sont vu supprimer la longue maladie ou la pension d'invalidité pour guérison, 2.750 sont décédés, nous obtenons un total décès et guérison de 9.803, ce qui porte à 32.649 le nombre de tuberculeux nouveaux et nous donne une moyenne annuelle de 43.532.

Effectuons les mêmes calculs avec les chiffres se rapportant aux 2 premiers trimestres de l'année 1954 nous arrivons à une moyenne annuelle de 46.596, et en plus à une augmentation de 3.064 cas par rapport à 1950.

Ce sont là, il faut le dire, des chiffres qui ne représentent pas la totalité des tuberculeux, puisque malheureusement tous ne sont pas assurés et que certains autres n'ont pu bénéficier de la longue maladie, ou de l'invalidité ; ils n'en montrent pas moins l'augmentation constante des tuberculeux. Les dernières statistiques de l'Institut National d'Hygiène indiquent également pour 1953 - 60.074 cas nouveaux de tuberculose toutes formes.

Ainsi, au moment où la science a la possibilité de vaincre la tuberculose, nous continuons à enregistrer une augmentation de la morbidité, et la masse des tuberculeux s'accroît chaque année de quelques 60.000 unités.

A quoi attribuer cette augmentation ?
Faut-il voir des fissures dans notre prophylaxie ?

Sans vouloir minimiser de quelque façon que ce soit le rôle du dispensaire dans cette lutte, il faut noter qu'ils accueillent surtout les tuberculeux que les médecins leur adressent et ne vont guère au devant des tuberculeux avérés ou latents puisque dans la Seine 50 % des décès se produisent chez des malades inconnus des dispensaires (1).

Le dépistage systématique des collectivités d'enfants est pratiqué une fois par an ; de même pour les adolescents et les jeunes adultes, chez qui la surveillance est particulièrement utile ; c'est l'âge des contacts fréquents, des virages nombreux, l'âge fragile au regard de la phthisie.

Ne serait-il pas souhaitable que dans les lycées et les centres d'apprentissages, cuti-réaction et examen radiologique soient pratiqués à intervalles plus rapprochés si l'on veut "surprendre le virage de la cuti et prescrire à ce moment un repos prophylactique" ? (2)

Nous ne citerons qu'un exemple entre beaucoup et qui nous est personnel, celui d'un enfant de 13 ans qui vient de faire sa primo-infection avec un syndrome grippal typique, primo-infection qui était destinée à être l'objet d'une erreur de diagnostic certaine et dont on ignorerait encore l'existence s'il ne s'était agi d'une famille avisée ; la radiographie a décelé une adénopathie bronchique volumineuse avec atélectasie ; or, 15 jours auparavant les parents avaient été informés par le Service Médical de l'établissement scolaire de la négativité des examens pratiqués. Sans doute dirait-on, les examens, s'ils avaient été pratiqués le jour précédent l'élévation thermique, auraient aussi été négatifs ?

(1) - (2) E. BERNARD - Phthisiologie Humaine
Aspects clinique et médico-social
pp. 102 - 118.

C'est vrai, mais si le dépistage systématique doit être suivi d'une sanction prophylactique, il importe que cette sanction soit appliquée au moment où elle s'impose ou du moins avec un retard réduit.

Dans le cas que nous signalons, une année toute entière se serait écoulée avant que l'on ne décèle le virage de la cuti-réaction.

Les dépistages systématiques dans les collectivités de travailleurs n'ont aucun caractère obligatoire : ils sont faits soit par l'entreprise elle-même quand elle possède un service radiologique, soit par les soins de la Croix Rouge ou de l'Office Public d'Hygiène Sociale.

Malheureusement, bon nombre d'entreprises ne semblent pas accorder à ces dépistages toute l'importance qu'il faudrait ; le fait que certaines entreprises refusent de communiquer le nombre de leurs dépistages en est une preuve. Une grande partie de la population et justement la plus exposée au risque de tuberculose n'est pas soumise au dépistage.

D'un autre côté, il nous paraît intéressant de ne pas se borner à enregistrer les cas de tuberculose au fur et à mesure de leur production, mais de chercher à exploiter de façon rationnelle les renseignements fournis par les examens systématiques. Les organismes qui pratiquent ces dépistages sont appelés à rechercher la tuberculose dans les différentes catégories de travailleurs ; ils doivent être en mesure de déterminer les catégories les plus touchées par la maladie de façon à pouvoir alerter le Ministère du Travail, et faire envisager éventuellement l'amélioration des conditions de travail.

Dans ce but, le Dr. BONNAUD, Médecin Chef du Service de dépistage, vient d'instituer une mécanisation de son secrétariat et la mise en route du dépistage avec mécanographie (I) ; au cours d'une étude portant sur 150.000 examens, la mécanographie a donné toutes satisfaction ;

(I) Nous remercions ici le Dr. BONNAUD qui a bien voulu nous communiquer ces renseignements.

elle permet d'une part, d'obtenir des films réduits et très nets sur lesquels sont portés , lieu, âge, sexe, profession de la personne ayant fait l'objet de l'examen d'autre part d'augmenter la moyenne annuelle des dépistages qui passera de 250.00 à 400.000, par ailleurs les documents ainsi recueillis seront la source de précieux renseignements sur les indices de morbidité tuberculeuse par âge, sexe, lieu et nature de l'emploi.

Le Professeur Jacque BRUN, de LYON, insistant sur l'intérêt de la radiophotographie pulmonaire systématique, et sur la nécessité de développer son utilisation au lieu et place de la radioscopie simple, met en lumière le nombre élevé d'examen que ce procédé permettrait, la précision et l'objectivité des documents acquis il fait ressortir quelles sommes importantes, atteignant plusieurs millions par malade, - seraient susceptibles d'être économisées ; par la précocité de ce dépistage, ou assurerait la guérison à l'aide d'un traitement de courte durée et empêcherait la contagion d'exercer ses ravages - sans parler des conséquences morales et sociales d'une maladie qui a désorganisé pour longtemps une famille (I).-

Les résultats de l'association, mécanisation du secrétariat, et radiophotographie systématique, que réalise la méthode actuellement utilisée par l'O.P.H.S. présentent donc un triple avantage : augmentation de la qualité et du nombre des dépistages, précocité des diagnostics, apport de documents homogènes utilisables aux fins de statistiques.

Il serait souhaitable que cette méthode ne reste pas limitée aux seuls centres de dépistage de l'O.P.H.S. et qu'elle trouve sa place dans de nombreuses entreprises et organisations.

(I) Dr. Jacques BRUN - La radiophotographie pulmonaire systématique et son importance dans le dépistage de la tuberculose
Santé de l'Homme N° 74 -
Septembre-Octobre 1952 p. 143.

Une fois établie, cette gamme du risque tuberculeux, il serait facile de préciser quels groupements prospecter plus que d'autres et ainsi se verrait réaliser le vœu qu'émettait en 1946, le Professeur E. BERNARD lorsqu'il écrivait : "Imaginons, qu'on nous pardonne cette trivialité, qu'un médecin soit honoré aux pièces, c'est-à-dire au prorata des tuberculoses pulmonaires dépistées par lui, il examinera les sujets de 15 à 25 ans plutôt que ceux de 5 à 15 ans, les apprentis d'ateliers plutôt que les gendarmes, les étudiants plutôt que les soldats, les sujets originaires de Bretagne plutôt que les natifs d'autres régions " (1)

Ainsi, aussi, diminuerait le nombre de ces examens radiographiques trop tardifs (2) conséquence d'une éducation sanitaire insuffisante, puisque des signes évidents de maladie laissent leurs porteurs indifférents, et du fait que nombreux médecins ne semblent pas imprégnés de l'idée que la tuberculose est un diagnostic d'urgence.

°
° °

Mais, nous ne pensons pas que l'augmentation permanente de la morbidité tuberculeuse soit liée uniquement à une insuffisance du dépistage ou à un défaut de déclaration obligatoire de la maladie et, sans doute, nous faut-il en chercher l'explication dans des causes plus profondes.

Nous avons vu, au cours de la pathogénie, quelle part importante il fallait attribuer aux facteurs sociaux : logement, sous-alimentation, efforts physiques excessifs.

Que peuvent toutes les mesures préventives quand subsiste le drame du logement, celui de la nourriture ?

-
- (1) E. BERNARD - Phtisiologie Humaine - Aspects cliniques et médico-sociaux - p. 115.
(2) S. PAILLER - Temps écoulé entre les symptômes de la tuberculose pulmonaire et la première radiographie - Thèse 1940

Du point de vue logement, bornons-nous à citer quelques faits et chiffres caractéristiques.

Une étude de l'Institut National d'Etudes Démographiques nous apprend (1) que sur 100 personnes habitant dans le département de la Seine, 7 ou 8 vivent en meublé. Avant la guerre, le séjour moyen en hôtel n'excédait pas six semaines et la présence des familles avec enfants était exceptionnelle ; en 1952, sur 100 ménages ayant des enfants, vivant en hôtel, voici quelle est la répartition :

- un enfant : 22 %
- deux enfants : 25 %
- trois enfants et plus 15 %.

Cette enquête souligne le fait suivant :
" l'ouvrier parisien n'a bien souvent d'autre solution que d'habiter une chambre d'hôtel quand il se marie, le logement des parents étant généralement trop petit pour abriter son foyer".

Une enquête de la Caisse d'Allocations Familiales portant :

1°/ Sur des familles chez lesquelles avaient été envoyées des auxiliaires familiales précise : " Sur 1751 familles

- 30 sont bien logées,
- 665 dans des conditions acceptables (il faut entendre par là qu'elles disposent de l'eau du gaz, et de l'électricité et qu'il n'y a pas plus de 5 personnes pour 2 pièces).
- 1056 dans des conditions très précaires dont un quart n'ont pas l'eau.

(1) Revue "Population" Avril-Juin 1954.

(2) Jacqueline Aimot - Influence des conditions de vie sur la santé des enfants.
Pour l'Enfance N°8 - Mai-Juin 1955
p. 26.

2°/ Sur 569 familles mettant leurs enfants à la crèche les conditions de logement sont les suivantes :

- 87 en hotel ou meublé (avec quelques locations allant jusqu'à 10.000 - 15.000 et même 20.000 francs par mois).
- 357 logements dont les 2/3 n'ont qu'une pièce souvent sans confort,
- 9 pavillons,
- 79 chez les parents,
- 10 baraques,
- 1 centre d'hébergement,
- 14 chambres de bonne,
- 2 sans domicile fixe,
- 1 benne de camion..

Par ailleurs un médecin de la Caisse Centrale de Sécurité Sociale, appelé à examiner des enfants avant leur départ en colonies de vacances, nous signale ce fait :

100 enfants d'une ville de banlieue, qu'il avait examinés en 1953 et dont l'état de santé était satisfaisant furent à nouveau examinés par lui en 1954 ; étonné de leur mauvais état physique et cette constatation portant sur un nombre aussi important d'enfants, habitant dans la même ville, il ordonne une enquête ; il apprend alors que les familles de ces enfants habitaient des baraques en 1953, entre les deux examens, ils avaient eu la chance de bénéficier d'un logement, neuf, confortable, mais dont la location absorbait une part importante des ressources familiales, pour y faire face, il avait fallu diminuer les autres dépenses, et il en était résulté une alimentation insuffisante et déséquilibrée.

Le taudis est-il préférable à la sous alimentation ? mais il n'en résulte pas moins que ces enfants sont destinés à fournir au bacille de Koch, le terrain le plus favorable à son développement et qu'il sont appelés à devenir les futurs hôtes de nos sanatoriums.

Plusieurs auteurs ont étudié, en France et à l'étranger, l'influence des conditions d'alimentation sur le développement de l'enfant chez l'ouvrier et dans les classes sociales aisées ; quels qu'aient été les éléments de base de leur étude, jeunes gens ou enfants de 8 à 9 ans, leurs conclusions s'accordent : on grandit plus vite et on se développe mieux dans les classes aisées,

que chez l'ouvrier, et le physiologiste Norvégien SCHIOTZ a parfaitement démontré la portée sociale d'une alimentation scolaire supplémentaire (1).

La sous-alimentation, ou l'alimentation déséquilibrée résulte de l'insuffisance des salaires et des ressources familiales en général. Il ne faut pas oublier qu'il existe en France, 5 millions de salariés qui gagnent moins de 25.000 francs par mois (2) et que sont courantes les payes comme celle de cette ouvrière du textile d'ARMENTIERES dont le salaire est de 4.800 frs. par semaine. L'insuffisance des ressources entraîne la nécessité pour la mère aussi de travailler, dans n'importe quelles conditions.

Il ne faut pas oublier les chômeurs ; le nombre des chômeurs secourus atteignait 23.906 dans la région parisienne, selon les dernières statistiques officielles (3) mais il est communément admis que le nombre de chômeurs réels est 3 à 4 fois supérieur au nombre de chômeurs secourus.

La faiblesse des ressources familiales a été étudiée et soulignée dans une récente étude d'Alfred SAUVY (4) qui conclut : " de nombreuses personnes adultes, vieillards, enfants ne disposent que de revenus inférieurs au revenu minimum établi " - Et quand il s'agit de chômage à l'insuffisance des revenus s'ajoute le retentissement sur l'état psychique : désespoir de ne pas trouver de travail, découragement, perte de confiance en soi finissent par ébranler l'équilibre mental.

-
- (1) J. CAUSERET - Alimentation et Croissance "L'Alimentation et la Vie" N° 10-II-12 - année 1954
J. TREMOLIERES et JJ. BOULENGER - Rec. Trav. Inst. Nat. d'Hygiène 1950 - 4 - II7
- (2) Bulletin de l'Institut National de la Statistique - 23 Octobre 1954 - état 1024 - Répartition des Salaires par tranches de salariés.
- (3) Bulletin Municipal Officiel du 19 Mars 1955.
- (4) A. SAUVY - Du Salaire minimum au revenu national "Population" Juillet-Septembre 1954.

Les efforts excessifs, nous l'avons vu, ont une influence déterminante sur les poussées évolutives tuberculeuses ; or, les cadences de travail sont parfois terribles chez certains employeurs qui n'utilisent que des jeunes. On peut voir à la porte de certaines entreprises des affiches telles que :
" plus de 17 ans, s'abstenir ".

Ailleurs, ce sont les heures supplémentaires que l'on cumule pour pallier à l'insuffisance du salaire. Combien de malades refusent de se soigner parce qu'ils ne veulent pas "arrêter" leur travail.

Ne pas vouloir, ici, signifie ne pas pouvoir ; ils savent bien qu'avec l'arrêt de travail vient la misère ; quoi de plus humain que de chercher à en reculer l'échéance ?

Ainsi se trouvent réunis dans les quartiers pauvres de nos grandes Villes toutes les conditions requises pour que le bacille de Koch se développe sans rencontrer de résistance.

°
° °

S'il n'existe pas de statistiques officielles de morbidité tuberculeuse, établissant que les habitants de ces quartiers déshérités sont plus atteints par la maladie que ceux des quartiers aisés, certains chiffres peuvent, cependant, satisfaire l'esprit : ce sont les taux de cuti-réaction positives selon les quartiers. En 1939, les examens effectués dans les lycées donnaient (I)

(I) E. RIST et S. BIDOU - Activité du Centre de dépistage et de prophylaxie de la tuberculose pendant l'année 1938-39
Académie de PARIS - GROU-RADENEZ 1940.

Taux moyen selon les quartiers :	Cuti $\pm$
Quartier pauvres	60 %
Quartiers aisés	48 %

Une enquête très récente menée par l'Institut National d'Hygiène dans les lycées de certains arrondissements parisiens confirme les résultats obtenus quelques 15 ans auparavant puisque le taux de cuti positive dans les arrondissements pauvres est nettement supérieur à celui des arrondissement aisés. Nous ne pouvons, malheureusement, faire état ici, de ces chiffres, l'Institut National d'Hygiène n'ayant pas encore publié son travail, et nous remercions Mlle LOTTE d'avoir bien voulu nous en donner une idée d'ensemble.

D'un autre côté, nous avons utilisé les chiffres fournis par l'Office Public d'Hygiène Social pour l'année 1953 et relatifs aux tuberculoses diagnostiquées dans les dispensaires des 20 arrondissements parisiens. Nous avons établi, pour chaque arrondissement, le taux pour 1000 habitants, à partir du chiffre de la population donnée par le recensement 1954. Adoptant la classification utilisée par le Dr. ICHOCK et que nous avons indiquée précédemment, nous arrivons aux résultats suivants :

	Chiffres absolus	Taux pour 1000 Habitants
Classe I et II (16° - 17° - 8° - 9°)	9.968	15,8
Classe III (7° - 1° - 2° - 10° - 6° - 15°)	17.768	27,1
Classe IV (14° - 12° - 3° - 4° - 18° - 5° - 11° -)	35.627	34,0
Classe V (20° - 13° - 19°)	20.529	39,4

Moyenne annuelle pour l'ensemble des arrondissements :
29,4

Que nous nous adressions à l'index de tuberculisation ou au nombre des tuberculoses diagnostiquées dans les dispensaires, toujours les chiffres s'accordent pour montrer que les arrondissement pauvres sont largement en tête.

°
° °

La conclusion générale qui se dégage de ces quelques constatations est qu'aucune prévention ne peut prétendre apporter une amélioration sensible à la morbidité tuberculeuse, sans l'effort conjugué de deux sortes de mesures : les mesures d'ordre sanitaire, l'amélioration des conditions sociales.

Les améliorations faites sur le plan sanitaire les immenses progrès thérapeutiques, le développement du dépistage, du B.C.G., de la protection maternelle et infantile, de l'éducation sanitaire et aussi de la Sécurité Sociale, se trouvent fortement entravées par les insuffisances sur le plan social.

Dans son manuel de Phtisiologie, le Dr RAVINA rapporte l'anecdote suivante : " Il y a un certain nombre d'années, on demandait, au cours d'un congrès antituberculeux, au Maire d'une grande ville anglaise comment il avait réussi à faire baisser rapidement et dans d'importantes proportions, le taux de morbidité tuberculeuse chez ses administrés. " C'est bien simple, répondit-il j'ai fait venir de la viande frigorifiée d'AUSTRALIE et j'ai diminué le prix des tramways. " Cette réponse parut beaucoup surprendre la plupart des français présents et excita même de leur part quelques commentaires ironiques. Cependant elle exprimait sous une forme originale le fait qu'une amélioration apportée à l'alimentation et aux moyens de transport s'était montrée susceptible d'entraîner une diminution appréciable de la tuberculose. "

Né voilà-t-il pas matière à réflexion pour beaucoup d'entre nous alors que chaque jour diminue le pouvoir d'achat de la plus grande partie de notre population ?

°
° °

Nous voudrions, enfin, aborder un dernier problème, celui de l'éducation sanitaire qui, pensons-nous, doit trouver une large place dans le cadre de la prévention, en raison de son rôle important dans tous les domaines, et en particulier dans celui de la tuberculose.

Son but est de prévenir ce qui est évitable, de réduire la part de ce que l'homme appelle si légèrement la fatalité.

Y a-t-il, avec le cancer, maladie plus sournoise que la tuberculose ? maladie dont le diagnostic précoce soit plus nécessaire ?

Il apparaît donc indispensable dans une lutte bien conduite contre la maladie, d'apprendre au public quels sont les signes anormaux devant la constatation desquels il devra se soumettre sans tarder à un examen médical. Certes, il s'agit de donner confiance et non peur, mais les résultats obtenus par l'action commune de la Sécurité Sociale et du Centre Interdépartemental d'Education Sanitaire dans 3 de nos Départements les plus défavorisés montre assez que cette propagande éducative doit être poursuivie.

La population entière doit tirer profit de l'Education Sanitaire, mais en milieu ouvrier, elle s'avère d'autant plus nécessaire que les travailleurs sont, souvent, encore défavorisés par un logement insalubre, un déséquilibre alimentaire, un trajet plus ou moins long de leur résidence à leur lieu de travail, par les exigences horaires du travail en équipes, par les dangers éventuels de ce travail ou par la malpropreté corporelle ou vestimentaire qu'il provoque.

Malheureusement, l'Education Sanitaire reste la parente pauvre de notre lutte antituberculeuse et les crédits alloués par les Pouvoirs Publics s'amenuisent progressivement.

Mais, il faut aussi ~~pouvoir mettre~~ à profit l'éducation reçue et chez ceux où elle est le plus nécessaire, elle n'est pas toujours possible pour les raisons que nous avons exposées.

Aussi, nous faisons nôtre, pleinement l'opinion du Professeur P. DELORE, quand parlant de l'éducation sanitaire, il écrit : "Elle réclame la lutte contre l'ignorance et la misère pour le bien-être et l'élévation du niveau de vie matériel et culturel. Il n'y a pas d'éducation sanitaire possible là où le minimum vital n'est pas assuré. Par là elle poursuit la justice sociale ... " et nous concluons avec lui :

" Elle implique Paix et Justice Sociale."

Nul doute que dans un monde résolument tourné vers les oeuvres de vie, l'éducation sanitaire sera reconnue comme un des articles majeurs de l'oeuvre éducative et de la préparation à la vie (I).

(I) P. DELORE - Extrait du rapport présenté à la
Conférence Européenne de l'Education
Sanitaire - LONDRES 10-18 Avril 1953
Santé de l'Homme - Nov. Déc. 1953.

IV.- TRAITEMENT ET READAPTATION

- Organisation de la lutte antituberculeuse à la phase ----- thérapeutique -----

Primitivement et pendant de longues années, synonyme de cure de repos, à l'exclusion de toute autre thérapeutique, la cure sanatoriale cède le pas au perfectionnement des techniques de traitement de la tuberculose pour ne conserver qu'un rôle d'adjuvant.

L'ordonnance du 31 Octobre 1945, relative à l'organisation et au fonctionnement de la lutte antituberculeuse consacre cette transformation.

Dans l'esprit du législateur le sanatorium avec le Centre de Phtisiologie, constitue l'élément essentiel de la tuberculose à la phase thérapeutique; son activité doit être limitée à la mise en oeuvre ou à l'entretien du traitement des formes curables; ces dernières sont, maintenant, seules justiciables de la cure sanatoriale.

Le Sanatorium réalise en même temps un moyen de prophylaxie par la suppression de l'élément de contamination que constitue le malade ambulateur, porteur de bacilles.

Il assure confort matériel et quiétude morale, problème majeur dans l'efficacité du traitement.

Mais il est indispensable de préserver la capacité du travail qui, pour la presque totalité des malades constitue leur seul capital. A cette préoccupation répondent les organismes de post-cure, permettant une réadaptation progressive sous surveillance médicale.

Enfin, obligation est faite à chaque département de prévoir un nombre de lits proportionnel à la mortalité tuberculeuse dans sa circonscription.

- Traitement

Aujourd'hui, comme autrefois, à la base du traitement est la triade, cure d'air, repos, alimentation rationnelle. L'essentiel pour bien guérir, c'est de fortifier le terrain.

A ces armes anciennes et toujours bonnes, le phthisiologue moderne ajoute toutes les ressources de la technique médico-chirurgicale ; aux nombreuses méthodes de collapsothérapie s'associent les antibiotiques nouveaux.

Le Sanatorium offre aux malades, pour l'application de ces méthodes conjuguées, des avantages incomparables d'organisation matérielle, de compétence et de continuité de soins.

°
° °

Une fois dépisté, le tuberculeux a le devoir de se soigner et avec la phase thérapeutique continue, ou mieux s'amplifie, cette misère commencée de longues années auparavant.

L'institution des lois sociales vient, pour un temps, en aide à quelques uns ; pour d'autres, c'est le drame.

- Les Assurés Sociaux

I) Les plus favorisés de ces malades, les assurés sociaux, réunissant les conditions requises, vont partir pour tel ou tel sanatorium, après un séjour hospitalier plus ou moins long, car, malgré les dispositions prises, certaines lenteurs subsistent et bien rares sont les administrations qui acceptent le placement tant qu'elles n'ont pas l'assurance que les frais d'hospitalisation leur seront remboursés.

S'il existe, bien entendu, des établissements meilleurs, de moins bons que d'autres par leur situation géographique, leur exposition, leur agencement, leur direction, l'ambiance qui y règne, la différenciation entre sanatorium de luxe et sanatorium populaire a cessé d'exister, et on note une tendance à l'uniformité. Signalons en passant l'heureuse formule du sanatorium professionnel où le malade retrouve son ambiance habituelle, ses camarades de travail, des distractions et des lectures propres à son niveau intellectuel, le matériel qui lui permet de se réadapter à son milieu antérieur et souhaitons que les Pouvoirs Publics trouvent la possibilité d'en inspirer le développement et de le favoriser.

Quelque soit l'établissement qui accueillera le malade, celui-ci sera, du moins, assuré d'un minimum de confort ; ce n'est donc pas le choix du sanatorium qui nous arrêtera ; la situation de la famille tient une bien plus grande place dans nos préoccupations.

La Sécurité Sociale assure les frais d'hospitalisation et le remboursement des frais. Il semblerait que la famille n'ait plus qu'à attendre, avec patience, une guérison plus ou moins longue ; mais cette attente, en elle-même, est un véritable problème aux multiples aspects.

a) - Lorsque le malade est un enfant, certes, les parents sont profondément touchés dans leur affection inquiète, mais, ils pourront moyennant bien des sacrifices, faire face aux dépenses supplémentaires occasionnées par la maladie et le long séjour en sanatorium.

b) - Lorsqu'il s'agit du père ou de la mère, le résultat social est à peu près identique ; grave est le problème.

Celui qui reste, en admettant qu'il jouisse d'une santé parfaite, assumera toute la charge matérielle. Il est payé à l'assuré une allocation mensuelle dont le montant est fixé à la moitié du salaire soumis à cotisation. Actuellement le montant de cette allocation ne peut être inférieur à 4.983 frs., ni supérieur à 19.000 frs. Lorsque l'assuré a au moins trois enfants à charge l'allocation mensuelle est portée au 2/3 du salaire soumis à cotisations et ne peut être inférieure à 6.644 frs., ni supérieure à 25.335 francs.

Qu'il nous suffise de nous rappeler le montant des salaires pour comprendre que l'aide apportée par la Sécurité Sociale, si elle est un appoint appréciable, ne permettra pas à la famille de vivre ; c'est l'obligation pour la femme de travailler ; c'est la dislocation du foyer, le placement des enfants en asile, préventorium ou dans une famille.

Si la collectivité peut assurer les frais de placement pour plusieurs enfants du même foyer, pourquoi ne pas attribuer à la mère de famille les sommes consenties et qui lui permettraient de garder ses enfants auprès d'elle ?

Pourquoi ne pas assurer au tuberculeux le minimum vital ?

Si ce minimum est reconnu nécessaire à un être sain, normal, à condition qu'il produise, comment pourrait-on le contester à un même travailleur qui, touché par la tuberculose, se voit contraint d'arrêter son travail ?

2) L'assuré ne réunissant pas les conditions nécessaires

Mais, nous l'avons dit, bien souvent, le drame est à comble, si l'assuré ne réunit pas les conditions requises pour prétendre à l'assurance longue maladie, il n'y a pas de choix à faire ; il faut continuer le travail sans se soigner, avec l'espoir de tenir le plus longtemps possible, jusqu'à ce que soient atteintes, les conditions exigées. La maladie, inexorable, continue son cours, parfois brûlant les étapes ; le malade alors n'est plus récupérable, il ne relève plus du sanatorium.

Dans ce cadre étroit, parmi beaucoup d'autres, les travailleurs Nord Africains.

Ils arrivent d'Algérie où quelques 450.000 personnes sont atteintes de tuberculose.

Ils ont connu là bas, des conditions misérables d'existence : taudis, manque total d'hygiène, journées de travail extrêmement longues, salaire horaire très bas, sous alimentation.

Une enquête (I) a révélé " qu'un assez grand nombre de travailleurs omettaient de prendre un repas le matin ou a midi et se contentaient d'une nourriture préparée dans la soirée alors que dans leur foyer ces mêmes travailleurs avaient eu l'habitude de se nourrir 3 ou 4 fois par jour ". Comment dans de telles conditions n'être pas une proie pour la tuberculose ?

A leur arrivée, en France, fréquemment, l'examen d'embauche décèle chez eux une tuberculose pulmonaire ; ou s'ils ne sont pas encore tuberculeux, ils le deviennent rapidement. C'est là, chose facile à comprendre quand on sait quelle existence mènent les travailleurs Algériens dans la Région Parisienne : pas de logement ou s'ils en ont un, c'est une chambre exigüe sans confort où l'on vit à 5 ou 6.

La sous-alimentation continue son oeuvre, car ici comme là bas, on ne mange pas à sa faim ; dans de très nombreux cas, la plus grande partie du salaire est envoyée à la famille restée au "Pays".

Ils n'ont en Algérie aucune assurance sociale, donc aucune possibilité de se soigner.

En France, ils doivent travailler 6 mois avant de pouvoir bénéficier de l'Assurance longue-maladie ; pendant ce temps ils s'efforcent de cacher leur maladie, contaminant ainsi l'entourage .

On conçoit, de plus, l'importance de ce problème du point de vue prophylactique ; le Service Social d'un secteur de Saint Denis compte dans une seule famille Nord-Africaine de 9 personnes, 3 contaminations dont 3 décès (2)

A côté de tout ce que cette situation peut comporter d'inhumain, il est facile de soupçonner les contaminations possibles par ces tuberculeux, dans les asiles de nuit, salles d'attente de gare, métro ...

(I) Problèmes Economiques - 24 Juin 1952.

Conférence internationale pour la Défense, l'amélioration et l'extension des Assurances Sociales et de la Sécurité Sociale - Lutte pour la Sécurité Sociale en Afrique.

Intervention de N' GOM. - Vienne 2-6 Mars 1952

(2) Commission d'Action Sanitaire et Sociale - Séance du 17-6-54.

Caisse Régionale de Sécurité Sociale.

Une fois acquis le droit à l'assurance longue-maladie, se pose le problème de leur placement en sanatorium. Une enquête de Mai 1954, faite à la demande d'une Commission d'Action Sanitaire et Sociale de la Sécurité Sociale, sur le placement d'un certain nombre de Nord-Africains d'AUBERVILLIERS, souligne la difficulté d'obtenir une place pour ces malades.

La tragique situation des tuberculeux Nord-Africains semble être considérée comme inévitable ; les admissions à l'hôpital ne sont pas faciles et dans beaucoup de cas ils sont renvoyés chez eux pour attendre un hypothétique départ en sanatorium.

Nous ne critiquerons pas ici les raisons psychologiques qui font que certains établissements ne veulent pas dépasser un certain pourcentage d'admissions de malades Nord-Africains, mais ne pourrait-on trouver une solution à cette situation dramatique et inhumaine, et faire en sorte que ces tuberculeux bénéficient dès le dépistage d'un asile décent et d'un traitement médical ?

3) Le petit artisan

Pour le petit artisan, il n'y a pas même l'espoir d'acquiescer à plus ou moins brève échéance l'assurance longue maladie, puisque, en tant qu'artisan, il ne peut être affilié à la Sécurité Sociale. Qu'un membre de sa famille vienne à contracter la tuberculose, que lui-même soit atteint, où trouver les ressources nécessaires pour se soigner pendant de longues années ?

Il est lui aussi un pauvre parmi tant d'autres.

Il y a, nous dira-t-on, l'Assistance Médicale Gratuite ; mais, c'est en fait la charité de la Commune, elle peut être accordée ou refusée ; et si l'artisan possède le plus petit bien, elle lui est automatiquement refusée.

Ce bien n'est le plus souvent que son instrument de travail.

Alors, que lui reste-t-il à faire ?

Tout vendre, ou renoncer à se soigner !

4) Les tuberculeux ayant dépassé 55 ans

Nous pensons d'autre part que le cas des malades âgés, mérite que l'on s'y arrête.

Axé sur la notion d'efficacité le sanatorium a vu restreindre ses attributions : il ne reçoit que des malades "récupérables" pour la Société. Un décret en raison des possibilités thérapeutiques de l'époque, a fixé à 55 ans l'âge limite d'admission dans les établissements de cure. Pareille mesure pouvait paraître justifiée, il y a dix ans, alors que la stabilisation de la tuberculose était chose difficile ; en raison des progrès et de la plus grande efficacité des méthodes actuelles de traitement, nous ne pensons pas que cette limite doivent être maintenue.

Actuellement certains médecins-Directeurs acceptent dans leur établissement des malades ayant dépassé l'âge limite ; pourquoi ne pas faire de cette exception une règle générale ?

Chacun, jeune ou vieux, a droit à la guérison chaque fois qu'elle est possible.

La vieillesse n'est pas une tare et combien de ces "vieux" sont dans l'obligation de travailler encore de longues années s'ils ne veulent pas se résigner avant l'âge, à la misère des hôpitaux-hospices.

°
° °

Ainsi, certaines catégories déshéritées de la population sont exclues pour des raisons diverses, des avantages apportés par la Sécurité Sociale.

Il leur faut, alors, avoir recours à la Charité ; d'où qu'elle vienne, elle ne s'accorde pas avec la dignité humaine.

Pour qu'un travailleur chargé de famille, puisse se soigner longuement avec la tranquillité d'esprit souhaitable, il faut que femme et enfants soient à l'abri du besoin.

Seule une assurance sociale ou Nationale ouverte à tous, dissociant pauvreté et maladie deviendrait un soutien solide. Elle permettrait un placement plus rapide en station de cure, éviterait la gêne et la dislocation des familles.

°
° °

Suppression de la notion de délai dans l'assurance
----- longue maladie -----

- La loi du 30 Mars 1929, article 51, accorde aux fonctionnaires tuberculeux un traitement intégral pendant 3 ans, demi traitement pendant 2 ans ; le législateur a donc fixé à 5 ans la durée maxima de l'aide consentie aux fonctionnaires pour leurs soins, sachant qu'après ce délai, la maladie a, en règle, évolué soit vers la mort, soit vers la guérison ou stabilisation des lésions.

Or, la Sécurité Sociale ne prévoit que pour 3 ans l'assurance longue maladie, à laquelle succède l'assurance invalidité.

Si les progrès spectaculaires, accomplis ces dernières années par la thérapeutique de la tuberculose, ont transformé le pronostic de la maladie, abaissant de façon considérable le taux de mortalité, réduisant beaucoup dans certains cas, la durée du traitement, il n'en reste pas moins que la plus forte proportion des malades soit 42 %, arrivent au terme des 3 ans sans être guéris et sans pouvoir bénéficier de l'assurance-invalidité (I) Soit qu'il s'agisse d'ayants droit pour lesquels ce mode d'assurance ne joue pas, soit qu'il s'agisse d'assurés qui ne présentent pas un taux d'invalidité suffisant pour en bénéficier.

De 1950 à 1953 inclus, soit pendant
4 ans - la Sécurité Sociale a pris en charge :

166.579 tuberculeux

33,5 % sont guéris,

19 % sont bénéficiaires de
l'assurance invalidité

5,5 % sont décédés.

42 % sont arrivés au terme de la
longue maladie, sans être guéris
et sans pouvoir bénéficier de
l'invalidité.

" Parmi les tuberculeux sortis de la longue-maladie
" après 3 ans, par extinction des droits, 43 %, soit
" environ 18 % du total des sorties ont pu bénéficier
" des dispositions de la loi du 31 Décembre 1949, c'est-
" à-dire que tout en nécessitant la continuation des
" soins, leur état de santé reste compatible avec une
" activité professionnelle.
" En somme, sur 100 malades tuberculeux pris en charge
" au titre de l'assurance longue-maladie, 61 peuvent
" après 3 ans être considérés comme des chroniques pour
" lesquels le problème de la réadaptation peut se poser.
" Sur 61, 18 travaillent effectivement ".

Est-il illogique de supposer que certains, parmi ces nombreux "chroniques" posant les importants problèmes de la réadaptation et de l'indemnité, auraient pu tirer avantage de soins plus prolongés ?

Pourquoi ne pas concevoir une assurance qui couvrirait toute la maladie quelle que soit sa durée ?

La notion de "délais" quand il s'agit de guérir semble paradoxale ; le seul délai qui puisse exister, et encore doit-il être réduit, au maximum, est celui qui sépare l'éclosion de la maladie de la mise en route du traitement.

- Réadaptation

En principe, le séjour en établissement de cure ne se limite pas à dispenser des soins. Du point de vue psychosomatique, le climat moral, l'espoir de guérir, est primordial.

Il convient donc dès le début de la cure de préparer la reprise de la vie sociale, en conséquence de préserver la capacité du travail.

a) Législation

La législation prévoyait, au Sanatorium, l'organisation d'une instruction générale et technique compatible avec le repos exigé par la maladie.

Cette acquisition de connaissances devait permettre au malade d'élever sa qualification et de gagner un salaire plus élevé pour un effort physique moindre.

De larges bibliothèques, la création de postes d'éducateurs, l'installation d'ateliers dans les sanatoria étaient envisagés. La cure devait être complétée avant le départ du sana par le réentraînement progressif sous contrôle médical. Peu de choses ont été réalisées dans ce domaine.

b) Données actuelles

1°/ La préoccupation de la réadaptation devant guider le malade, celui-ci serait en droit de souhaiter être soigné dans un sanatorium professionnel qui évite, pendant le traitement, la perte de contact avec les milieux où il doit pouvoir retrouver sa place à son retour.

Mais, si certaines grandes administrations possèdent des sanatoria répondant à ce souci d'orientation, de rééducation pendant la cure, le sanatorium professionnel reste une rareté (1)

2°/ De l'avis des Directeurs de Centre de Rééducation et de Réadaptation professionnel, "le plus grand handicap pour la rééducation qualifiée, c'est le niveau scolaire très bas " (2).

" Dans l'ensemble peu d'hospitalisés possèdent un niveau scolaire au-dessus de celui du certificat d'études. Quelque soit le métier envisagé, pour être à même de bénéficier d'un enseignement technique, le stabilisé doit être capable de prendre un cours, de rédiger des notes en style correct, de savoir l'orthographe. On se heurte là à une grosse difficulté car le métier antérieur a fait perdre l'habitude de tout travail intellectuel et souvent même d'écrire ". (3)

(1) Dr-René COHEN - "Les Sanatoriums professionnels"
Santé de l'Homme N° 39.

(2) "Le Peuple" - 1er Décembre 1954.

(3) Prof. F. PIECHAND - Arlette LARRIERE et G. REGIS
"Reclasser nos malades dès le début de la cure Sanatoriale"
Santé de l'Homme N° 85
Juillet-Août 1954.

Si le niveau d'instruction est souvent très bas, c'est parce qu'on a du travailler en usine ou ailleurs dès l'âge de 14 ans pour apporter un peu d'argent à la maison.

Chacun sait qu'en a bien plus de mal à apprendre à suivre un emploi du temps, quand on est seul avec ses livres, à plus forte raison quand on est malade.

Or, les Sanatoria, où existe un Institutteur, sont encore une minorité.

C'est ainsi, pour ne citer qu'un exemple, qu'au sanatorium A.M. à St-HILAIRE-du-FOUVET, il y a 75 jeunes de moins de 25 ans et pas d'instituteur.

Ou bien, le matériel scolaire est réduit à bien peu, ou l'instituteur a un trop grand nombre d'élèves (1).

Pour expliquer cette carence d'instituteurs, on argumente peut être que, même lorsqu'il en existe un, les cours ne sont pas forcément suivis.

Voilà qui est bien regrettable. Les fluctuations de l'état physique y entrent, certes, pour une bonne part.

Cependant, en général, là où les cours existent non sur le papier, mais en fait, les élèves existent aussi et le gros problème reste, non pas la mauvaise volonté de quelques malades, mais l'organisation matérielle et rationnelle des cours.

3°/ Dans les cas les plus heureux, le malade exerce une profession n'exigeant pas un effort physique, il pourra reprendre le même travail et se réentraîner progressivement. Tantôt il pourra être réadapté à un emploi moins fatigant, dans le cadre de l'ancien métier.

A défaut, le tuberculeux s'efforcera d'acquérir des connaissances qui lui permettent d'accéder à une compétence technique qui sera complétée en post-cure et là, intervient le rôle si important de l'instruction.

4°/ Les malades jeunes, une fois acquise la certitude de la stabilisation peuvent profiter des établissements de post-cure qui, par un stage progressif, sous surveillance médicale directe, dans un milieu spécialisé visent à apprendre un métier et à rétablir la capacité du travail (2).

(1) " Revivre " - Mars 1955 - L'instruction en San.

(2) Dr. DUCARDY - "La réadaptation des Tuberculeux"
Santé de l'Homme N°39.

Malheureusement le nombre de lits de post-cure est minime, et précise le Dr. CHOFFE " c'est à l'heure actuelle, la lacune principale de notre armement antituberculeux " (1) Il faudrait dix à vingt fois plus de lits et le plus souvent l'ancien malade devra attendre plus d'un an avant d'avoir une place.

5°/ Le problème de la Réadaptation au travail est lié non seulement aux diverses professions, mais aux diverses formes de la maladie.

Chez les travailleurs intellectuels, le problème est évidemment plus simple à résoudre, car ils peuvent poursuivre leurs études sans efforts physiques préjudiciables à leur cure.

C'est ainsi que chez l'étudiant, les lésions précocement dépistées et efficacement traitées permettent le retour rapide aux études.

Chez le manoeuvre par contre, qui ne s'écoute pas, la maladie tardivement décelée, péniblement traitée, laisse des séquelles incompatibles avec la reprise de son dur métier.

Dans la première catégorie 90 % de récupérés (2), dans la deuxième 20 % environ (3)

Dans ce dernier cas :

En 1 an et demi, sur 4058 malades régulièrement suivis, le bilan de reprise du travail fut le suivant :

- 2039 n'ont pas retravaillé (1461 (56 %))
 - (pour raison de santé
 - (578 (14,3%)
 - (pour raisons sociales
 - ((chomage).
- 2019 ont retravaillé (304 (7,5 %))
 - (à un travail partiel
 - (1715 (42 %))
 - (à un travail complet.

(1) Santé de l'Homme - N° 85 - Juillet Août 1954

(2) E. RIST - Le contrôle phthisiologique des externes et internes des hôpitaux de Paris - travaux de l'I.N. d'Hygiène Tome I Vol 2

(3) A. BERGERON - Ce que deviennent les tuberculeux de la Région parisienne à leur sortie de sanatorium - Bull. du Com. Nat. de

Après 1 an : 20 % ayant fait une rechute - 34 % seulement du contingent initial effectuait un travail complet.

Après un recul de 3 ans : la proportion des sujets stabilisés est de 23 %

Quand le recul est supérieur à 3 ans : la proportion des travailleurs récupérables est de 20 % environ.

Ces statistiques portent sur la période précédant l'emploi des antibiotiques, mais actuellement encore quels que soient les progrès accomplis dans le traitement de la tuberculose, toutes les statistiques démontrent que le taux des rechutes est lié aux conditions de reprise du travail, du pouvoir d'achat, aux conditions de logement, en résumé à l'ensemble des conditions de vie (1)

°
° °

Ainsi, il y a nécessité à ce que le choix des métiers tienne compte non seulement des besoins du marché du travail et des contre-indications médicales, mais soit inspiré du souci d'orienter l'ancien malade vers une activité où il pourra au maximum, utiliser ses facultés.

Pour diminuer les risques de concurrence, il en découle la nécessité d'une qualification élevée, qualification qui permettra en même temps un salaire plus important.

Les travaux effectués sur les résultats de la réadaptation montrent que le nombre des rechutes diminue de plus de la moitié parmi les anciens malades passés dans un centre de réadaptation professionnelle.

Mais, devant cette pénurie de centres de post-cures, ne risque-t-on pas de voir éliminer les malades qui, issus des couches populaires n'ont pas eu la chance de s'instruire et qui, de ce fait ont des difficultés à suivre les cours qui leur seraient imposés pour atteindre une haute qualification ?

(1) Dr. DELACROIX - La réadaptation des tuberculeux.

Traitement à domicile de la tuberculose pulmonaire

Actuellement, certains avancent qu'en raison des antibiotiques, le malade, pour se faire soigner est mieux chez lui qu'en sanatorium. Que l'on soit mieux dans son foyer quand la maladie vous accable, du point de vue affectif n'est pas discutable ; du point de vue thérapeutique le problème est tout autre.

Rares, sans doute, seraient les malades qui, ayant la possibilité de se faire soigner chez eux, préféreraient l'hôpital ou le sanatorium.

Mais, cette possibilité n'est pas donnée à tous, car en matière de tuberculose pulmonaire, conditions d'existence et thérapeutique efficace sont indissociables.

Aurait-on oublié les foyers surpeuplés, les logements sans confort ?

Après un traitement en sanatorium, trop souvent déjà, une guérison apparente ne se maintient pas, lorsque le retour en famille s'accompagne de mauvaises conditions de vie et de la reprise trop rapide d'une activité excessive (I).

Qu'espérer de ces traitements pratiques, trop souvent, dans des conditions déplorables d'habitat avec une insuffisance notoire ou une absence de repos, sous une surveillance médicale insuffisamment avertie, sinon le passage à la chronicité et une montée en flèche de la morbidité tuberculeuse ?

Un traitement qui prétend aboutir à la guérison impose une discipline et il faut pouvoir s'y plier.

Traiter à domicile les malades privilégiés dont le logis est aéré, spacieux, confortable, qui sont assurés d'une alimentation substantielle, qui disposent d'un budget suffisant ... peut-être ?

Mais encourager dans ce sens, ceux dont la situation matérielle est déplorable - et ils sont nombreux - serait, à nos yeux, criminel.

(I) Dr. P. LOWYS - "Faut-il conserver, supprimer, ou améliorer les Sanatoriums ?"
Revue de la Tuberculose -
Tome 19 - N° 1 - 2 de 1955.

Nous voulons croire qu'il ne saurait se trouver beaucoup de médecins, dignes du nom, pour accroître leurs profits en exploitant la tuberculose.

Un bon Sanatorium offre à ces malades plus et mieux qu'ils ne trouveraient dans leur famille. Il faut que tous les établissements de cure, possèdent une organisation aussi complète que possible et les crédits alloués dans ce but, ne seront jamais trop élevés.

°
° °

Le Sanatorium reste, dans les circonstances actuelles, la seule arme efficace du pauvre vis à vis de la tuberculose, son seul espoir de guérison. C'est là son but et sa justification.

°
° °

V - SORTIES DE SANATORIUM ET DESTINEES DU READAPTE

Un jour le tuberculeux quitte le sanatorium ou le centre de post-cure, et voici que se pose le problème le plus angoissant.

L'aide à apporter au tuberculeux à la sortie de sanatorium devient de plus en plus importante et nécessaire avec les progrès de la thérapeutique antituberculeuse. Moins on meurt de tuberculose, plus il y a de tuberculeux guéris ou stabilisés qui veulent et peuvent reprendre leur place dans la Société.

Quel est l'âge du réadapté ? a-t-il déjà travaillé ? est-ce ou non un assuré social ? a-t-il un foyer qui puisse le recevoir ou est-ce un isolé ? Quels sont ses moyens d'existence ?

Que de problèmes se posent lors du retour à la vie normal ! et ce diagnostic social est aussi important que le diagnostic médical.

a) Assuré social -

1° - Dans les cas les plus heureux, l'ancien malade a un foyer qui peut le recevoir et il est assuré social.

Quelles sont ses possibilités pécuniaires ? le demi salaire s'il est encore à la "longue maladie", ou la pension d'invalidité ; nous avons vu quelles maigres ressources elles apportaient ; c'est médiocre, mais cette aide permet, cependant, " d'attendre " lorsque de son côté, un ou plusieurs membres de la famille peut exercer quelque emploi rémunérateur.

Attendre quoi ? qu'une oeuvre de bienfaisance, un patron compréhensif accepte de l'embaucher dans des conditions à peu près compatibles avec son état physique.

Et si le travail se fait attendre trop longtemps le moral est bien vite atteint.

2° - Si l'ancien malade est un isolé, même avec ce que lui verse la Sécurité Sociale sa situation est précaire, car il n'aura jamais assez pour se loger et se nourrir et se vêtir.

b) Cas où il n'y a pas d'assurances sociales

Le problème est encore plus aigu quand le tuberculeux, guéri ou stabilisé n'a pas ou n'a plus les prestations de la Sécurité Sociale ; sorti du Sanatorium, il a le sentiment d'être jeté à la rue.

Ici, interviennent les œuvres privées, associations d'anciens malades, Comités antituberculeux d'entraide - par les ressources que leur procure la vente du timbre antituberculeux (I)

Chacun essaie, de son mieux, de venir en aide à ces malheureux.

Les possibilités sont différentes. Tantôt, lorsqu'ils ont eu la chance d'être placés dans une école de Réadaptation dont la scolarité est payée par l'O.P.H.S., c'est une bourse de 8.500 francs par mois pour vivre ; dans ce cas, le boursier est le plus souvent inscrit à la Sécurité Sociale ce qui le remet dans le cadre normal des Assurances Sociales, mais nous avons vu combien sont rares les écoles de réadaptation. Tantôt, c'est un complément de salaire, si le réadapté a trouvé un emploi à mi-temps. Ou encore, le Comité s'efforce de lui trouver un contrat de travail, comme apprenti, son salaire étant complété jusqu'à ce qu'il devienne ouvrier.

Mais, les ressources du Comité d'Entraide sont très limitées puisqu'elles proviennent de la vente du timbre antituberculeux ; l'aide du Comité, si substantielle soit-elle, ne permet pas de faire face à toutes ces dramatiques situations, et c'est un miracle si la rechute ne se produit pas.

(I) Dr. Lucien BARON - "Une rentrée honorable dans la vie normale".
Santé de l'Homme -
Juillet-Août 1954.

c) Cas du malade insuffisamment stabilisé

Encore, s'agit-il ici, d'anciens malades guéris ou stabilisés, ayant la possibilité de reprendre progressivement une activité professionnelle. Mais trop nombreux sont encore ceux qui sortent du sanatorium pas solidement guéris ou encore malades.

Que deviennent-ils ? Ces quelques lignes du Dr BARON sont suffisamment suggestives, pour qu'il nous soit inutile d'y ajouter quoique ce soit :

" Nous manquons à PARIS et dans la Seine d'hôtels de post cure pour abriter le tuberculeux qui sort du sanatorium guéri ou stabilisé, en attendant qu'il ait repris sa vie normale. C'est l'oeuvre urgente à créer pour couronner l'édifice anti-tuberculeux de l'O.P.H.S. de la Seine.

Mais, si nous avons déjà de sérieuses difficultés pour reclasser les tuberculeux qui sont guéris ou stabilisés, combien nous sommes désarmés vis à vis de ceux trop nombreux qui sortent du sanatorium encore malades ou pas solidement guéris Quand il y a une famille qui veut bien les recevoir, nous pouvons apporter une petite aide matérielle sous forme de linge, vêtements, repas, mais quand il s'agit d'isolés nous sommes, à peu près complètement désarmés, car dans un centre comme l'agglomération parisienne, si nous pouvons leur procurer des repas dans les restaurants sociaux de la Ville de PARIS, nous ne pouvons leur trouver un abri et ils deviennent des parias, des "sans domicile fixe", en attendant de retourner à l'hôpital ou dans un sanatorium continuer leur cycle infernal (I)

o
o o

Ainsi les oeuvres privées montrent aux Pouvoirs Publics l'importance du problème et les solutions qu'ils doivent y apporter. Assurer, à ces travailleurs, le minimum vital à leur sortie des établissements de cure ou de post-cure pour les aider, le temps nécessaire, à retrouver une vie normale ; est-ce trop demander à une société à laquelle ils ont donné leur travail et leurs forces et dont la responsabilité est grande dans le mal qui les atteint ?

(I) Dr Lucien BARON - Secrétaire Général du Comité antituberculeux d'Entr'Aide de la Seine.
" Une rentrée honorable dans la vie normale " Santé de l'Homme N° 85
Juillet-Août 1954.

Il faut travailler pour vivre

La possibilité de trouver un emploi suffisamment rémunéré, compatible avec l'état de santé, domine donc le problème du retour à la vie normale.

Cette possibilité est réduite et certains malades sont doublement victimes, comme prolétaires et comme malades.

Heureux, quand il retrouve son emploi antérieur, il retourne à son travail. Les longues heures debout, déjà pénibles en soi, l'encombrement de l'atelier, le rythme rapide du travail, l'air raréfié diminuent rapidement sa résistance et au bout de quelques mois, c'est la rechute, aggravation des lésions, retour au sanatorium ... s'il est encore indiqué ! Et quand, poussé par la nécessité il accomplit un travail nouveau pour lui, la rechute est encore plus rapide (I).

En réalité, le contrat de travail qui le liait à son ancien patron est, le plus souvent considéré comme rompu après 6 mois de maladie. Rares sont les entreprises qui acceptent de reprendre leurs anciens employés tombés malades, et la difficulté d'embauche est grande pour les hommes qui ont atteint la quarantaine.

Pour assurer leur subsistance et celle de leur famille ces anciens malades sont obligés d'effectuer des travaux plus rudes ; ils perdent le bénéfice de l'ancienneté qui leur assurerait parfois, des vacances plus longues, une rémunération plus avantageuse, et leur permettrait toujours d'être mieux assurés contre la débauchage et le chômage.

Nous ne citerons, pour illustrer ce grave problème, que trois exemples que nous empruntons au Dr. DELACROIX, mais tous ceux qui se penchent sur le sort des tuberculeux savent que ces cas se reproduisent à des milliers d'exemplaires:

(I) A. FABRE - La reprise du travail et l'avenir social des tuberculeux pulmonaires - Thèse
Lyon - 1938.

1er cas - Le premier est un ancien magasinier âgé de 52 ans. Il manipulait des pièces lourdes.

Il est tombé malade il y a 2 ans et demi. Il va bien maintenant et conserve sous son pneumothorax une cicatrice de petites dimensions. L'image n'a pas bougé depuis plus de 10 mois. Il ne crache plus de bacilles depuis plus de 2 ans et se sent parfaitement bien. Il pourrait reprendre un travail léger, à mi-temps.

Il est retourné à l'usine où il travaillait avant sa maladie, on refuse de le reprendre.

Il a visité les bureaux d'embauche d'une dizaine d'usines.

Partout le même refus.

2° cas - Jacques D... est âgé de 18 ans. On a découvert chez lui l'an dernier, une petite lésion limitée d'un sommet, qui s'est en grande partie nettoyée sous l'action des antibiotiques. Il peut être considéré comme stabilisé. Avant d'être malade, il n'avait aucune spécialité. Une demande a été faite pour l'envoyer dans une maison de posture où il pourrait apprendre un métier, il n'y aura de place que dans un an et demi.

3° cas - Roger R... lui, était bien stabilisé, il y a 2 ans, quand il a repris son travail, mais manoeuvre non spécialisé, il n'a pu retrouver du travail léger. Mal payé, mal logé, fatigué par un travail trop dur, il vient de rechuter. Il devait de toute évidence guérir définitivement

Ainsi, ou la possibilité de travailler leur est refusée, ou le travail est trop dur, ou encore, ils ne peuvent acquérir un métier, parce que touchés trop jeunes par la maladie.

Difficultés du problème

1°/ Pouvoir et vouloir travailler ne sont pas suffisants. Pour travailler, "il faut être deux" et l'employeur consentant fait trop souvent défaut.

Que le "diminué physique" constitue un facteur notable et particulièrement digne d'intérêt de la main d'oeuvre française, bien peu d'employeurs le comprennent.

2°/ La prophylaxie de la rechute, du point de vue de la tuberculose dit :
" Pour éviter ou plutôt pour rendre plus rare la rechute, il faut : (1)

a) qu'après la période de repos complet, le tuberculeux soit d'abord réentraîné à l'effort, par une occupation médicalement surveillée

b) qu'il reprenne très progressivement son activité professionnelle

c) qu'il soit surveillé pendant longtemps au double point de vue médical et social

d) qu'il soit orienté, si nécessaire, vers un nouveau métier, en n'oubliant pas que la "réadaptation prime la rééducation " (2).

Il faut trouver l'employeur qui consente à donner un travail réduit, pour l'augmenter progressivement si la réadaptation est bien supportée. L'industrie privée craint le faible rendement des sujets fragiles, et redoute leur absentéisme.

3°/ La phobie de la contagion hante certains employeurs qui ne comprennent pas qu'un pulmonaire régulièrement suivi n'est pas à craindre.

(1) E. BERNARD - Phtisiologie Humaine - Aspects cliniques et médico-sociaux - p. 142.

(2) DUMAREST - BRETTE - LELONG - PHILIPPE et ROUGY -
Le travail et la profession dans la tuberculose pulmonaire - Réunion des médecins de Sanatoriums du Jura et des Alpes Françaises à Hauteville
Juin 1937.

4°/ Les salaires sont proportionnels aux heures de travail.

Pour que le réadapté ait un salaire normal, lui permettant d'assurer son existence et celle de sa famille, le complément n'est pas toujours fait.

Or, les deux conditions pour qu'un ancien tuberculeux ne rechute pas sont :

- qu'il ait un standing de vie suffisant
- qu'il n'ait pas la hantise du lendemain.

Il sera plus usé par ces deux soucis lancinants que par une vie de travail normal, si le métier choisi correspond bien à ses possibilités physiques, car après de longues années d'inactivité, le travail lui redonne confiance en lui-même, lui rend sa dignité d'homme et l'espoir d'une vie meilleure.

La où le travail et un salaire suffisant ne sont pas assurés les récidives et les rechutes ne peuvent être que plus fréquentes.

La solution du Problème

- La S.N.C.F. a résolu le problème de la réadaptation après guérison en conservant à l'ancien malade l'emploi qu'il tenait avant la maladie, ou un emploi aussi voisin que possible, de telle façon qu'il n'ait pas un nouveau métier à apprendre ; en adaptant son ancien métier à ses forces momentanément diminuées par un "service atténué" dans sa durée et sa nature.

- Les malades ne sont pas tenus d'emblée à des journées de durée normale et, cependant ils touchent leur solde entière.

- Ils restent sous la surveillance régulière du phthisiologue qui augmente ou diminue la durée du travail selon que l'état général est plus ou moins satisfaisant, qui dispense l'ancien malade soit de travaux de force, soit des emplois exposant aux intempéries et aux poussières, soit du service de nuit (I).

(I) Dr A. ALIBERT - Les réalisations et les expériences de la S.N.C.F. en matière de Réadaptation - Santé de l'Homme
N° 85 - Juillet-Août 1954.

Il est évident que toutes les entreprises ne se trouvent pas dans des conditions aussi favorables que la S.N.C.F., mais c'est là, la preuve qu'il est possible de permettre à l'ancien tuberculeux une reprise de la vie normale dans des conditions correctes.

En U.R.S.S. depuis 1934, la loi accorde aux anciens tuberculeux des conditions spéciales de travail : meilleures places dans les ateliers, suppression du travail nocturne, changement d'affectation et au cas où ce changement apporte une réduction de salaire, la différence est payée par l'Assurance Sociale (I)

La prophylaxie de la rechute existe, mais en France, ni loi, ni décret n'en permettent l'application ; mieux, le tuberculeux guéri a bien peu de chances de trouver un emploi.

L'oeuvre de persuasion et d'éducation entreprise auprès des employeurs risque de rester longtemps encore sans écho ; la loi doit y suppléer.

Le travailleur manuel, le prolétaire, lorsqu'il est touché par la tuberculose, plus que n'importe quel autre travailleur, a besoin que soit assurée sa seule possibilité d'existence, le travail.

Il doit avoir :

1°/ la certitude de retrouver son emploi antérieur.

L'employeur serait tenu de reprendre l'intéressé, quelle que soit la durée de la maladie, à son ancien poste ou à un poste plus doux - convenant mieux à ses possibilités physiques et qui soit en rapport avec l'emploi et le salaire antérieurs.

Si l'entreprise a disparu, que l'intéressé soit remplacé par les soins des organismes professionnels et des offices du travail ; pour en permettre la réalisation qu'obligation soit faite aux entreprises de recruter 10 % de leur personnel parmi les "diminués physiques".

2°/ Que soit appliquée aux grandes entreprises la formule de la S.N.C.F. à savoir : reprise du travail avec nombre d'heures limité et cadence réduite pendant un période variable avec chaque malade, mais salaire normal.

Pour les autres entreprises, que soit prévue, pendant la période de réadaptation, une allocation compensatrice pour assurer une alimentation **substantielle** et une hygiène normale.

3°/ Que ceux qui ne peuvent reprendre leur métier antérieur ou qui n'ont pas encore de métier aient la possibilité d'être admis dans des établissements de rééducation professionnelle l'Assistance Médicale Gratuite couvrant les frais d'hospitalisation, le Ministère du travail, ceux occasionnés par la réadaptation professionnelle.

Qu'en conséquence soit organisé l'enseignement général et technique dans tous les établissements de cure, sans exception et que soit accru le nombre des maisons de post-cure.

4°/ Pour ceux qui ne peuvent du fait de leur âge ou de leur inaptitude apprendre un nouveau métier, que soient réservés des emplois peu fatigants dans chaque profession, chaque Administration et dans ce but que soient revus et modifiés les textes sur l'intégration à la Fonction Publique.

°
° °

Chacun doit comprendre qu'il est plus humain d'aider un tuberculeux à consolider sa guérison, en lui donnant du travail qui doit lui permettre de vivre normalement, et qu'il y a plus d'intérêt à le faire, qu'à payer des journées d'hospital ou de sanatorium s'il rechute parce qu'il n'aura pas pu se nourrir ni se loger convenablement.

Réadaptation de la mère de famille

Nous ne saurions clore la question du retour à la vie normale sans envisager celui de la mère de famille.

Il n'est pas, non plus, exempt de difficultés. Combien de mères doivent dès leur retour faire face à l'entretien d'un foyer qui les requiert d'autant plus qu'elles en ont été absentes des mois durant.

Il ne peut, évidemment, s'agir pour elles à leur retour, de songer à passer 5 ou 6 mois de convalescence et de réadaptation progressive, comme le voudrait leur état. La maison, les enfants l'attendent, l'obligeant à des occupations écrasantes pour une malade à peine stabilisée ; et combien ne peuvent tenir physiquement parce qu'elles ont trop présumé de leurs forces !

Depuis 1950, le Comité National de Défense contre la tuberculose prévoit une aide aux Mères de famille dans le cadre de l'aide post-sanatoriale : dès son retour une maman peut demander au dispensaire de son domicile une aide financière lui permettant de payer intégralement, une personne susceptible de les aider, durant 2 à 3 heures par jour, et ce pendant 6 à 9 mois.

C'était là une aide précieuse, mais nous croyons pouvoir dire qu'elle est attribuée avec parcimonie, parce que pauvre aussi est le Comité National.

Chroniques bacillifères et grands invalides

Nous ne saurions parler de retour à la vie normale quand il s'agit d'êtres aussi profondément atteints. Et pourtant, la vie s'impose avec les mêmes exigences.

Les faire travailler dans un établissement de cure, en leur faisant bénéficier, une partie de la journée de la cure sanatoriale, est sans doute une solution relativement heureuse ; mais le nombre de postes reste limité et nombreux sont les malades sujets à des rechutes chroniques.

Le village sanitaire, tel Clairvivre, ne nous semble pas devoir être accepté facilement par les malades, et nous les comprenons bien, en raison de cette forme de ségrégation qu'il réalise.

La formule des "ateliers protégés" existant aux U.S.A. et en U.R.S.S., ateliers spéciaux réservés aux tuberculeux à capacité réduite, leur laissant le libre choix de leur logement et de leur genre de vie, est sans doute plus heureuse.

Le problème est difficile ! on ne vit pas d'une seule pension d'invalidité de 5.490 frs. par mois, quand le litre de lait et le kilog. de pain valent respectivement 48 et 56 frs !

°
° °

En réalité, plus les tuberculoses sont précocement dépistées et traitées, moins nombreux sont les bacillaires chroniques et les grands invalides. Plus les conditions de vie sont favorables, moins fréquentes sont les rechutes.

Les lois et les mœurs qui amélioreront la condition humaine restent ici la meilleure solution au problème.

CONCLUSION

On meurt plus de tuberculose dans les nations les plus pauvres, dans les périodes les plus douloureuses de l'histoire, dans les familles les plus misérables. L'évolution de la mortalité et de la morbidité tuberculeuses devient de par cette constatation, un des meilleurs indices sociaux : meilleures sont les conditions économiques et sociales des peuples, plus basse est la mortalité et inversement.

La lutte contre la tuberculose est donc, autant qu'un problème médico-social, un problème de politique générale des Etats. Elle pose dans toute son ampleur, la question de la lutte contre la misère sous toutes ses formes ; elle exige que des solutions rationnelles soient apportées aux problèmes de l'organisation du travail et des loisirs, de l'habitat et de la médecine préventive.

Aucune amélioration sérieuse si on ne mène une lutte impitoyable contre ces pourvoyeurs de la tuberculose que sont les bas salaires, la surexploitation, le chômage.

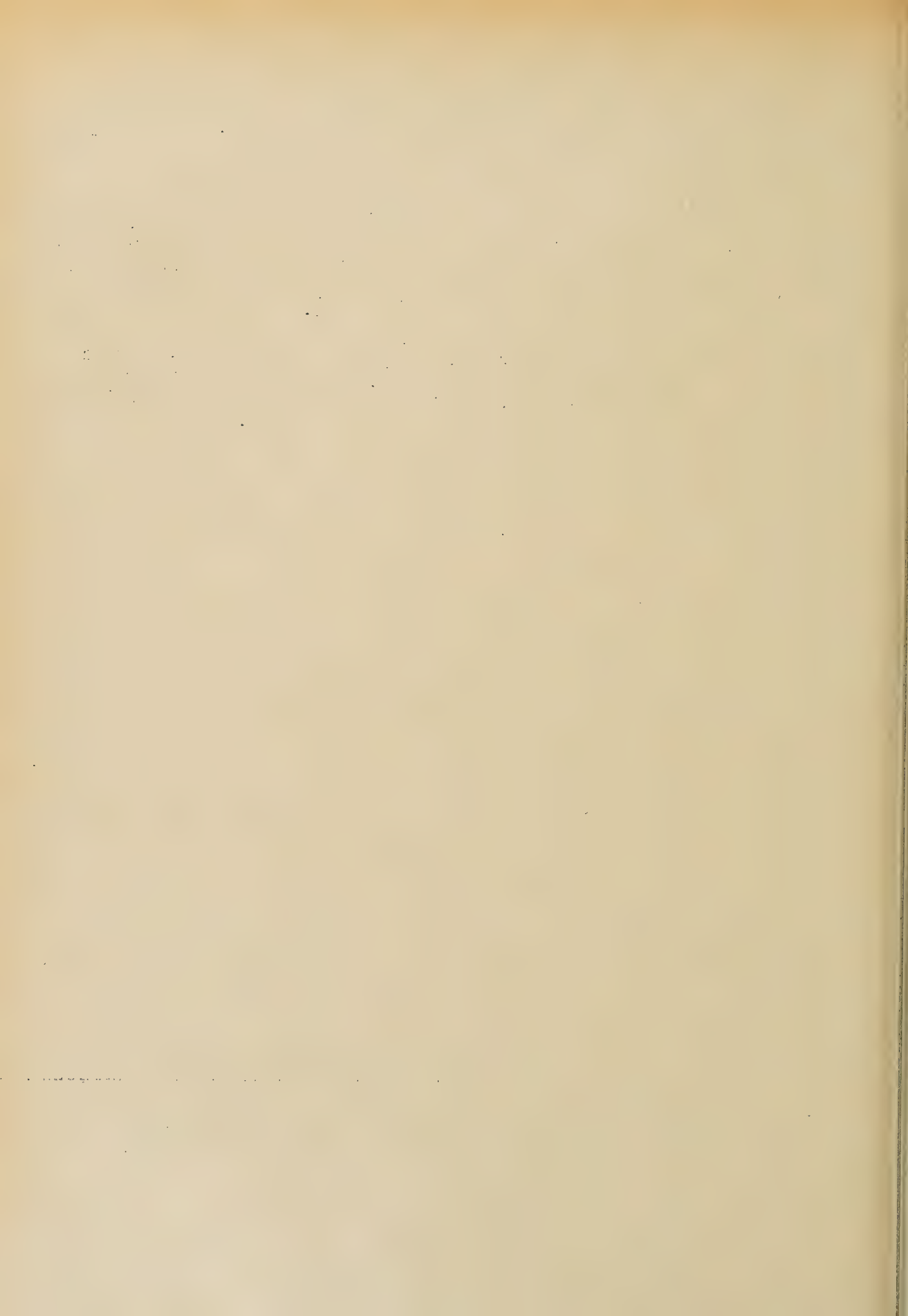
Pas de lutte antituberculeuse efficace sans lutte contre le taudis, plus les sommes engagées pour construire des logements salubres seront élevées, plus rapidement diminueront les charges que représentent les soins aux tuberculeux, et leur invalidité.

La meilleure arme de notre arsenal antituberculeux, de notre lutte contre la maladie en général, c'est d'assurer à l'ensemble d'une population laborieuse des conditions de vie décentes et permettant pour tous un plein épanouissement.

Le Médecin est aussi un citoyen, et comme tel, ne doit-il pas chercher à obtenir que "ceux qui savent et ceux qui peuvent fassent le front commun pour la réalisation des besoins humains fondamentaux ? " (I).

Le Corps Médical se doit d'apporter une contribution importante à la sauvegarde de la vie, et il ne saurait s'y dérober sans trahir la raison même d'être de la médecine.

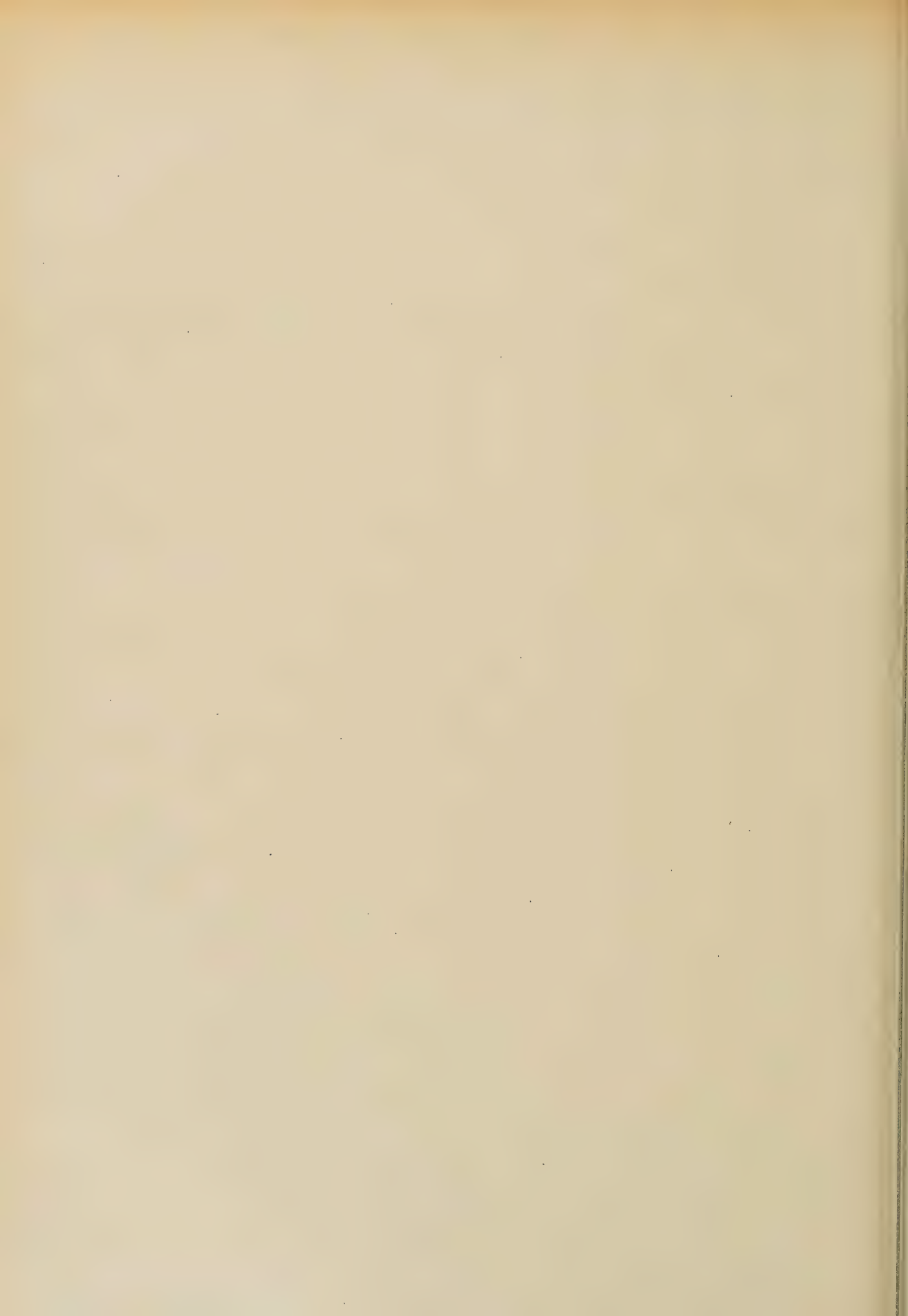
(I) P. DELCPE - Journée des Techniciens de la Santé - PARIS - Juin 1952.



BIBLIOGRAPHIE

- DARIC J. - Mortalité, Profession et Situation Sociale. Revue "Population" Octobre - Décembre 1949.
- HUBER M. - Cours de démographie et de statistique sanitaire. Fascicule V Mortalité et statistiques sanitaires. Paris, Hermann & Cie 1940.
- HORSCH L. - L'inégalité devant la mort d'après les statistiques de la Ville de Paris. Paris Recueil Sirey, 1920 p. 54.
- VILLENEUVE (Dr) - Sur la mortalité dans la classe aisée et dans la classe indigente. Mémoire de l'Académie Royale de Médecine Paris, 1828.
- HERSCH L. - Pauvreté et mortalité selon les principales causes de décès d'après les statistiques de la Ville de Paris. Congrès de Population, 1931. Rome Vol. V, p.110.
- BENETILLON J. - De la morbidité et de la mortalité professionnelles. (Etude accompagnée d'une nouvelle table de mortalité par profession, calculée d'après les annuaires statistiques de la Ville de Paris 1885-1889). Annuaire statistique de la Ville de Paris, 1889, pp. 186-236
- HUBER M. - Mortalité suivant la profession, d'après les décès enregistrés en France en 1907 et 1908. Bulletin de la statistique générale de la France, fascicule IV, Juillet 1912, pp. 402-478.
- STATISTIQUE GENERALE DE LA FRANCE -
Table de Mortalité des ouvriers mineurs 1937-1938. Paris imprimerie Nationale 1938 p. 39.
- REGISTERS GENERAL'S DECENNIAL SUPPLEMENT -
England and Wales, 1931. Part IIA Occupational mortality. Londres, His Majesty's Stationery Office, 1938.

- SUTHERLAND I. - ~~Variations in occupations mortality~~
between and within the social classes
Brit. J. Soc. Med. (1947), 1, 126 - 134.
- DUBLIN L. - Causes of death by occupation U.S.
Bureau of Labor Statistic Bulletin N°207
Government Printing Office, Washington
1917.
- DUBLIN L. & VANE H.J. - Occupational mortality experience of
insured wage earners. Monthly Labor
Review Juin 1947. Government Printing
Office 1947.
- WHITNEY J.S. - Death rates by occupation based on data
of the U.S. Census Bureau 1930.
New-York, National Tuberculosis
Association, 1934.
- PUFFER R.P. - Industrial and occupational environment
and health. The Wilbank Memorial Fund
Quarterly, Janvier 1948 pp. 22
- ICKOK C. - La mortalité à Paris et dans le départe-
ment de la Seine. Paris, Union des Caisses
d'assurances sociales de la Région
Parisienne, 1937 pp. 157-163.
- TABAH L. - Mortalité sociale, Enquête nouvelle en
Angleterre. "Population" Janvier-Mars,
1955.
- FELVAY M. & CROZE M. - Nouvelles données sur la mortalité
infantile.
"Influence de la région et du milieu
social" - "Population", Juillet,
Septembre 1954, p. 389.
- TRAVAUX DE L'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE -
Mortalité par tuberculose pulmonaire
enregistrée à Paris entre 1865 et 1954.
Proportions annuelles moyennes pour
100.000 Habitants de tous âges domiciliés
dans chaque arrondissement.
- GIRARD A. - Mortalité et état sanitaire. Cours
de l'Ecole Nationale de Sécurité
Sociale.



ICHOK (Dr)

- Hygiène, médecine et assistance sociales. 1959.

BULLETIN MUNICIPAL du 22 Avril 1955.

LAROQUE P.

- Réflexions sur le problème social ... Editions Sociales.

IL FAUT GENERALISER LA SECURITE SOCIALE -

Rapports présentés aux journées d'étude de la Sécurité Sociale organisées par C.G.T.F.O. les 16 et 17 Juin 1953.

DROIT SOCIAL

- N° 8 Septembre-Octobre 1948.
- N° 1 Janvier 1951
- N° 2 Février 1951
- N° 10 Décembre 1951
- N° 7 Juillet-Août 1953.
- N° 11 Décembre 1954
- N° 9 Novembre 1948.

COLLECTION DROIT SOCIAL

XXX II Décembre 1947.

GUIDE DE L'ASSURE SOCIAL

Octobre 1952.

ODIC R.

- "Les effets du chômage sur la santé Publique". La Presse Médicale - 26 Novembre 1952.

BENJAMIN B.

- Tuberculosis and social conditions in the Metropolitan Boroughs of London, from the British Journal of Tuberculosis and diseases of the Chest. January 1953.

CAUSTHET J.

- Alimentation et Croissance dans la Revue l'Alimentation et la Vie - N° 10-11-12, Année 1954, p.228 et suivantes.

BEHN ED E.

- Phtisiologie Humaine. Aspects cliniques et médico-sociaux.

BARNETT & BOULENGER

- Tuberculosis et Nutrition. Paris Médical, 10 Février 1943.

COLLIS E. & GREENWOOD H.

"Health of the industrial workers". Churchill, London, 1931.

- SANTÉ DE L'ENFANCE - N° 54, Mai-Juin 1949.
N° 59, Novembre-Décembre 1946.
N° 65, Mars-Avril 1951.
N° 74, Septembre-Octobre 1952.
N° 81, Novembre-Décembre 1953.
N° 85, Juillet-Août 1954.
- COUVELAINE & LACOTTE - La Médecine, Février 1935.
- "POUR L'ENFANCE" - N° 8, Mai-Juin 1955.
- GAZETTE MÉDICALE DE FRANCE -
15 Décembre 1938.
- RIST B. - La Tuberculose. A. Colin 1939.
- BEZANCON & BRAUN P. - Importance du repos dans le traitement de la Tuberculose Pulmonaire. La Médecine, Mai 1935.
- BEZANCON F. - L'Orientation thérapeutique donnée par les notions de Tuberculose, maladie chronique, contagieuse, familiale. La Médecine, Mai 1935.
- DEBIE R. & LELONG H. - Bulletin de la Société Pédiatrie; Novembre 1936 et Presse Médicale, 27 Novembre 1937.
- HILLER S. - Temps écoulé entre les symptômes de la Tuberculose Pulmonaire et la première radiographie. Thèse 1940.
- REVUE "POPULATION" - Avril-Juin 1954.
- AIMOT Jacqueline - Influence des conditions de vie sur la santé des enfants. "Pour l'Enfance" N° 8, Mai-Juin 1955.
- TREMOLIERES & BOULENGER J.J. -
Rec. Trav. Inst. Nat. d'Hygiène 1950
4, 117
- BULLETIN DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE -
Répartition des salaires par tranches de salariés. 23 Octobre 1954 état IO24

BULLETIN MUNICIPAL OFFICIEL du 19 Mars 1955

- SAUVY A. - Du salaire minimum au revenu national
"POPULATION" Juillet - Septembre 1954
- RIST D. & BIDOU B. - Activité du Centre de dépistage et de
prophylaxie de la Tuberculose pendant
l'année 1938-39. Académie de Paris.
Grou-Radenez 1940.

PROBLEMES ECONOMIQUES - 24 Juin 1952.

CONFERENCE INTERNATIONALE pour la défense, l'amélioration
et l'extension des Assurances Sociales
et de la Sécurité Sociale en AFRIQUE.
Intervention de N'GOI. Vienne 2-6 Mars
1953.

"LE PEUPLE" - Décembre 1954.

"REVIVRE" - Mars 1955, L'Instruction en Santé.

RIST E. - Le contrôle phthisiologique des Externes
des Hopitaux de Paris. Trav. de l'Ins.
Nat. d'Hygiène. Tome I, Volume II.

BERGERON A. - Ce que deviennent les tuberculeux de la
Région Parisienne à leur sortie du San-
torium. Bull. du Com. Nat. de Défense
contre la Tuberculose. Janvier 1939.

LOWWYS P. - "Faut-il conserver, supprimer ou amé-
liorer les Sanatoriums" Tome 19,
N° 1-2 de 1955. Revue de la Tuberculose

FABRE A. - La reprise du travail et l'avenir social
des Tuberculeux pulmonaires. Thèse
Lyon 1938.

DUMAREST, BRASSE, LELONG, PHILIPPE & ROUGY -
Le travail et la profession dans la
tuberculose pulmonaire. Réunion des
Médecins de Sanatoriums du Jura et des
Alpes Françaises à Hauteville Juin 1937

BOURGEOIS, Melle LOTTE, SOULI, BLISSETTE -
"L'hospitalisation des Tuberculeux Nord-
Africains". Revue de la Tuberculose.
5ème Série - Tome 16 N° 6 p. 527-540.

SUPPLEMENT AU JOURNAL "REVIVRE", N° 31 - Juillet-Août 1951.

" " " " N° 17 - Juillet 1953.

Vu le Président de Thèse

Prof. C. JOANNON

Vu le Doyen de la
Faculté de Médecine

de Paris

Prof. L. BINET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. SARRAILH
